EDITOR COORDONATOR
Daniel DA VID

EDITORI ASOCIAȚI

Irina HOLDEVICI

Ştefan SZAMOSKOZI Adriana BABAN

INTERVENȚIE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

ÎN TULBURĂRI PSIHICE, PSIHOSOMATICE ŞI OPTIMIZARE UMANĂ

EDIȚIA II

COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY IN PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND HUMAN DEVELOPMENT

SECOND EDITION

BCU Cluj-Napoca

PEDf1G 2003 00456

AUTORI:

Editor coordonator *DanielDAVID,* Asist. univ. dr., Univ. Babeş-Bolyai (UBB): Cap. I, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11,13, 14, 18, 19, 20.

Editori asociaţi *Adriana BABAN,* Conf. univ. dr., UBB: Cap. 8. *Irina HOLDEVICI,* Prof. univ. dr., Univ. Bucureşti, (UB): Cap. 12. *SZAMOSKOZI Şţefan,* Conf. univ. dr., UBB: Cap. 15, 19.

Autori *Anca DOMUŢA,* Asist. univ. drd, UBB: Cap. 16. *JANOS Reka,* Asist. univ. drd, UBB: Cap. 17. *Adrian OPRE,* Asist. univ. drd, UBB: Cap. 7.
Cristina POJOGA, Medic - ClinicaMgdigfejjjljLSecţia de gastroenterologie: Cap. 6. *Mihaela STĂNCULETE^aSSU^^^^^^i^aduHi,*
Secţia de psi^atoc. cap! *6.* \,

AUTHORS: *f** B&UOTE^*

Editor ^ FSJHOLOG'l. *Daniel DAVID* . Ass^Bajb^to^^cisWr^r'Babeş-Bolyai" University (BBU): Chap. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 20.

Associate editors *Adriana BABAN,* Senior lecturer, Ph.D., BBU: Chap. 8. *Irina HOLDEVICI,* Professor, Ph.D., Bucharest University (BU): Chap. 12. *SZAMOSKOZI Ştefan,* Senior lecturer, Ph.D., UBB: Chap. 15, 19.

Contributors *Anca DOMUŢA,* Assistant professor, BBU: Chap. 16. *JANOS Reka,* Assistant professor, BBU: Chap. 17. *Adrian OPRE,* Assistant professor, BBU: Chap. 7. *Cristina POJOGA,* Physician, Fellow in gastro-enterology, MD., Third Medical Clinic, Department of Gastro-enterology, Cluj-Napoca: Chap. 6. *Mihaela STĂNCULETE,* Physician, Fellow in psychiatry, MD., Adult Clinical Hospital, Department of Psychiatry, Cluj-Napoca: Chap. 6.

Tehnoredactarea şi coperta: Daniel PAUL; Corectura: *autorii* EDIŢIA I -1998 EDIŢIA II - 2000

Editura: RISOPRINT, Copyright © 1998, 2000 RISOPRINT ISBN: 973-9298-58-3, Cluj-Napoca, 2000

Volum sponsorizat de:
Fundaţia Pentru o Societate Deschisă din România
The McDonell Program for the Advancement of Psychology in România

Cuprins

INTRODUCERE la ediţia a doua *IV*
PREFAŢĂ la ediţia întâi *VII*
CUVÂNT CĂTRE CITITOR *IX*
FOREWORD (lb. engleză) *XH_*

PARTEA ÎNTÂI Terapia cognitiv-comportamentală a anxietăţii şi tulburărilor psihosomatice

Cap.l. Psychotherapy as the cognitive psychologişt views it (lb. engleză) *3*
Cap.2. Tehnici de intervenţie la nivel cognitiv *23*
Cap.3. Tehnici de intervenţie la nivel comportamental *53*
* *Cap.4.* Tehnici de intervenţie la nivel biologic *63*
Cap.5. Anxietatea din perspectiva ştiinţei cognitive *75*
Cap.6. Intervenţia cognitiv-comportamentală în tulburările de anxietate şi psihosomatice *81*
Cap.7. Noi perspective în tratamentul anxietăţii; bombardamentul subliminal *125*
Cap.8. Anxiety prevention. A theoretical framework for mental health promotion (lb. engleză) *134*
Cap.9. Concluzii şi discuţii *146*

PARTEA A DOUA

Hipnoză, sugestie şi hipnoterapie; modele teoretice şi aplicaţii practice

Cap.10. Hipnoterapia văzută de un psiholog cognitivist *151*
Cap.11. Hypnosis and operaţional readiness theory. An information processing account (lb. engleză) *171*
Cap.12. Hipnoterapia 792
Cap.13. Hipnoterapia. Principii generale *216*
Cap.14. Concluzii şi discuţii generale *221*

PARTEA A TREIA

Diagnostic formativ şi evaluare dinamică

Cap.15. Evaluare dinamică şi modificabilitate cognitivă *225*
Cap.16. învăţarea mediată *238*
Cap.l7. Inteligenţă şi transfer *247*
Cap. 18. Dynamic assessment of hypnotizability (lb. engleză) *256*
Cap. 19. Concluzii şi discuţii generale *265*
Cap.20. Remarci generale *267*

AUTORI:

Editor coordonator *DanielDAVID,* Asist. univ. dr., Univ. Babeş-Bolyai (UBB): Cap. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11,13, 14, 18, 19, 20.

Editori asociaţi *Adriana BABAN,* Conf. univ. dr., UBB: Cap. 8. *Irina HOLDEVICJ,* Prof. univ. dr., Univ. Bucureşti, (UB): Cap. 12. *SZAMOSKOZl Ştefan,* Conf. univ. dr., UBB: Cap. 15, 19.

Autori *Anca DOMUŢA,* Asist. univ. drd, UBB: Cap. 16. *JANOSReka,* Asist. univ. drd, UBB: Cap. 17. *Adrian OPRE,* Asist. univ. drd, UBB: Cap. 7.
Cristina POJOGA, Medic - CHnic^MgdjgeJ^gLSecţia de gastroenterologie: Cap. 6.
Mihaela STĂNCULETE$_{J>}$^^^i^\oi^^s.&ia\%
Secţia de psijmîtetx Cap. *6.*

AUTHORS: *U** B^^OTECA,

Editor
Daniel DAVID , Assi?ti^_r_^1f^nr--ffrrP**""rilir-- TTn|-ii" University (BBU): Chap. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 20.

Associate editors *Adriana BABAN,* Senior lecturer, Ph.D., BBU: Chap. 8. *Irina HOLDEVICI,* Professor, Ph.D., Bucharest University (BU): Chap. 12. *SZAMOSKOZl Ştefan,* Senior lecturer, Ph.D., UBB: Chap. 15, 19.

Contributors *Anca DOMUŢA,* Assistant professor, BBU: Chap. 16. *JANOS Reka,* Assistant professor, BBU: Chap. 17. *Adrian OPRE,* Assistant professor, BBU: Chap. 7. *Cristina POJOGA,* Physician, Fellow in gastro-enterology, MD., Third Medical
Clinic, Department of Gastro-enterology, Cluj-Napoca: Chap. 6. *Mihaela STĂNCULETE,* Physician, Fellow in psychiatry, MD., Adult Clinical Hospital, Department of Psychiatry, Cluj-Napoca: Chap. 6.

Tehnoredactarea şi coperta: Daniel PAUL; Corectura: *autorii* EDIŢIA I -1998 EDIŢIA II - 2000

Editura: RISOPRINT, Copyright © 1998, 2000 RISOPRINT
ISBN: 973-9298-58-3, Cluj-Napoca, 2000

Volum sponsorizat de:
Fundaţia Pentru o Societate Deschisă din România
The McDonell Program for the Advancement of Psychology in România

Cuprins

INTRODUCERE la ediţia a doua *IV*
PREFAŢĂ la ediţia întâi *VII*
CUVÂNT CĂTRE CITITOR *IX*
FOREWORD (lb. engleză) *XII*

PARTEA ÎNTÂI Terapia cognitiv-comportamentală a anxietăţii şi tulburărilor psihosomatice

Cap.l. Psychotherapy as the cognitive psychologist views it (lb. engleză) *3*
Cap.2. Tehnici de intervenţie la nivel cognitiv *23*
Cap.3. Tehnici de intervenţie la nivel comportamental *53*
« *Cap.4.* Tehnici de intervenţie la nivel biologic *63*
Cap.5. Anxietatea din perspectiva ştiinţei cognitive *75*
Cap.6. Intervenţia cognitiv-comportamentală în tulburările de anxietate şi psihosomatice *81*
Cap.7. Noi perspective în tratamentul anxietăţii; bombardamentul subliminal *125*
Cap.8. Anxiety prevention. A theoretical framework for mental health promotion (lb. engleză) *134*
Cap.9. Concluzii şi discuţii *146*

PARTEA A DOUA

Hipnoză, sugestie şi hipnoterapie; modele teoretice şi aplicaţii practice

Cap.10. Hipnoterapia văzută de un psiholog cognitivist 757
Cap.l 1. Hypnosis and operaţional readiness theory. An information processing account (lb. engleză) 777
Cap.12. Hipnoterapia 792
Cap.13. Hipnoterapia. Principii generale *216*
Cap.14. Concluzii şi discuţii generale 227

PARTEA A TREIA

Diagnostic formativ şi evaluare dinamică

Cap.15. Evaluare dinamică şi modificabilitate cognitivă *225*
Cap.16. învăţarea mediată *238*
Cap.17. Inteligenţă şi transfer *247*
Cap.18. Dynamic assessment of hypnotizability (lb. engleză) 256"
Cap.19. Concluzii şi discuţii generale *265*
Cap.20. Remarci generale *267*

Content

INTRODUCTION to the second edition *V*
PREFACE to the first edition *VII*
INTRODUCTION *IX*
FOREWORD (English) *XII*

PART ONE
Cognitive-behavior therapy in anxiety and psychosomatic disorders

Chap.l. Psychotherapy as the cognitive psychologist views it (English) *3*
Chap.2. Intervention techniques at cognitive level *23*
Chap.3. Intervention techniques at behavior level *53*
Chap.4. Intervention techniques at biological/physiological level *63*
Chap.5. Anxiety and Cognitive Science perspective *75*
Chap.6. Cognitive-behavior therapy in anxiety and psychosomatic disorders *81*
Chap.7. New perspectives in the treatment of anxiety disorders; subliminal stimulation *125*
Chap.8. Anxiety prevention. A theoretical framework for mental health promotion (English) *134*
Chap.9. Conclusions and discussions *146*

PART TWO Hypnosis, suggestion and hypnotherapy; theoretical models and practicai implications

Chap.10. Hypnosis as the cognitive psychologist views it *151*
Chap.ll. Hypnosis and operaţional readiness theory An information processing account (English) *171*
Chap.12. Hypnotherapy *192*
Chap.l3. Hypnotherapy. General principles *216*
Chap.14. Conclusions and discussions *221*

PART THREE
Formative diagnosis and dynamic assessment

Chap.15. Dynamic assessment and cognitive modifiability *225*
Chap.16. Mediated learning *238*
Chap.17. Intelligence and Transfer *247*
Chap.18. Dynamic assessment of hypnotizability (English) *256*
Chap.19. Conclusions and discussions *265*
Chap.20. General remarks *267*

Introducere la ediţia a doua

Acest volum intitulat *"Intervenţie cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice şi optimizare umană"* este ediţia a doua a lucrării cu acelaşi titlu publicată în urmă cu doi ani.

Lucrarea, aşa cum a fost gândită atunci, era un volum care reunea temele expuse la *Şcoala Internaţională de Vară "Psihoterapia şi hipnoterapia cognitiv-comportamentală a anxietăţii şi diagnostic formativ"* din Cluj-Napoca, 1997.în acea lucrare am încercat să susţinem ideea unei modalităţi noi în care trebuie gândită terapia cognitiv-comportamentală şi anume, am avansat ideea *"psihoterapiei cognitiv-comportamentale experimentale"*-PCCE-. Spre deosebire de terapia cognitiv-comportamentală clasică, PCCE este strâns legată de cercetarea fundamentală din psihologia cognitivă şi psihologia experimentală. Mai mult, ea reevaluează, redefineşte în termeni proprii şi integrează aspectele viabile ale altor forme de psihoterapie: dinamice-psihanalitice şi umanist-experienţiale. Altfel spus, ea se constituie într-un cadru comprehensiv care dă unitate teoretică demersului psihoterapeutic în ciuda tehnicilor diferite utilizate. După cum se va vedea pe parcursul acestei lucrări, cele mai importante tehnici de terapie umanist-experienţială şi dinamic-psihanalitice vor fi prezentate detaliat datorită valorii lor pragmatice în practica psihoterapeutică dar vor fi redefinite la nivel teoretico-explicativ în termeni cognitivi-comportamentali riguros verificaţi experimental, în scopul asigurării unui cadru teoretic ştiinţific şi coerent.

Prima ediţie a lucrării s-a bucurat de o receptare extrem de pozitivă exprimată în: (1) comentarii favorabile în mass-media (ex. Radio Cluj, Transilvania Jurnal etc); (2) recenzii favorabile în reviste de specialitate sau studenţeşti (ex. feedback-urile studenţilor exprimate în Revista Parallaxis nr.2, 1998); (3) comentarii ale experţilor din străinătate; (4) comenzile mari care sau făcut pentru procurarea lucrării. Impactul atât de pozitiv al acestei lucrări s-a datorat printre altele şi faptului că a fost *prima lucrare de psihoterapie cognitiv-comportamentală publicată în ţară.* Scrierile anterioare se reduceau la capitole de terapie cognitiv-comportamentală în diverse lucrări cu tematică mai largă de psihoterapie neacoperind astfel vidul existent în literatura română şi nevoia specialiştilor şi a publicului larg de informaţie bine sistematizată pe această temă.

în concluzie, receptarea pozitivă a primei ediţii a acestui volum ne-a determinat să publicăm ediţia a doua. Această ediţie aduce următoarele

modificări: (1) temele sunt actualizate în acord cu evoluţiile teoretico-metodologice din domeniu; (2) omogenitatea lucrării creşte prin preocuparea coordonatorului de a stimula interacţiunile dintre autori precum şi de a impune o modalitate relativ constantă de redactare a structurii capitolelor; (3) s-au făcut unele corecturi de redactare care au scăpat corectorilor primei ediţii din cauza presiunii redactării lucrării până la sfârşitul şcolii de vară din 1997; (4) s-a îmbunătăţit considerabil redactarea în limba engleză a capitolelor care abordează probleme importante în practica şi cercetarea psihoterapeutică în scopul creşterii penetrantei şi receptării lucrării şi la nivel internaţional.

Scurt spus, acest volum este ediţia a doua revizuită a primului volum cu acelaşi titlu. Menţionăm însă că prin modificările care s-au adus, acest volum este o lucrare de sine stătătoare cu un grad mare de omogenitate care nu se mai reduce la o colecţie de teme mai mult sau mai puţin prelucrate ca şi în cazul primei ediţii. El abordează într-o manieră teoretico-aplicativă *intervenţia cognitiv-comportamentală* în *tulburări psihice* (tulburările de anxietate, sexuale şi deficienţa mentală), *tulburări psihosomatice* (acoperind aparatele respirator, cardiovascular, digestiv, locomotor etc.) *şi optimizare umană* (ex. tehnicile de relaxare în scopul controlului stresului şi emoţiilor negative, antrenamentul asertiv etc).

Daniel DAVID

Prefaţă la ediţia întâi

După un vid documentar de două decenii şi după suprimarea învăţământului psihologic la nivel universitar - ambele impuse de regimul Ceauşescu - în formarea profesional-ştiinţifică a psihologilor din ţara noastră s-au acumulat numeroase şi importante goluri. în timp ce la noi ştiinţa psihologică era pusă între paranteze, în ţările dezvoltate ea continua să facă progrese semnificative, astfel că la căderea regimului comunist, se constată la noi în ţară în acest domeniu, un serios retard faţă de evoluţia contemporană.

în ultimele decenii se vorbeşte de o revoluţie cognitivă în psihologie, mutaţie care penetrează toate ramurile disciplinei. Pentru o bună parte dintre psihologii de la noi - îndeosebi din generaţia veche - această schimbare majoră a rămas un simplu zvon. Asimilarea şi cultivarea paradigmei cognitive a devenit o specialitate a generaţiei tinere.

Reînfiinţarea, în 1990, la universitatea clujeană - ca şi la celelalte universităţi istorice -, a Secţiei şi Catedrei de Psihologie, a pus în centrul atenţiei formarea tinerelor promoţii de profil. în prim-plan s-a aflat elaborarea şi publicarea unor lucrări de bază care să ofere suportul de studiu şi de formare. După absolvirea primelor promoţii de studenţi s-a trecut şi la organizarea unor sesiuni scurte de cursuri de nivel post-universitar care să recupereze rămânerile în urmă în grupul de profesionişti.

Volumul de faţă reuneşte materialele Şcolii Internaţionale de Vară din august 1997, cu tema "Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală în anxietate şi diagnostic formativ" după ce, cu un an înainte, se susţinuse un ciclu de pregătire destinat terapiei cognitiv-comportamentale în tulburările depresive.

Lucrarea este sistematizată pe trei diviziuni.

Prima diviziune - "Psihoterapia cognitiv-comportamentală a anxietăţii, tulburărilor sexuale şi tulburărilor psihosomatice" - este susţinută în principal de d-l Dan David, un talentat dascăl, cercetător şi practician din generaţia tânără, care semnează de altfel majoritatea capitolelor prezentului volum. D-sa expune în chip documentat şi metodic problemele esenţiale ale domeniului, fiind secondat în unele capitole de alţi colegi mai tineri. D-na Adriana Baban prezintă tema prevenţiei în anxietate.

A doua diviziune a lucrării, intitulată "Hipnoză, sugestie şi hipnoterapif,- modele teoretico-experimentale şi aplicaţii practice" este

susținută de d-na Irina Holdevici, profesor la Universitatea din Bucureşti, specialist şi practician de vârf în psihoterapie şi hipnoterapie la noi în țară şi de d-1 Daniel David unul din reprezentanții cei mai importanți ai tinerei generații din țara noastră în acest domeniu, cu stagii de pregătire în SUA şi lucrări valoroase publicate în țară şi străinătate pe această temă.

A treia diviziune a lucrării este dedicată diagnosticului formativ şi evaluării dinamice, fiind susținut în principal de d-1 Szamoskozi Ştefan, care înscrie la activ peste 10 ani de cercetări şi experiențe aplicative în acest domeniu, valorizate recent într-un volum propriu. D-sa este secondat de colaboratori mai tineri.

Cursurile au fost organizate sub umbrela comună a Facultății de Psihologie şi Ştiințele Educației de la Universitatea din Cluj, de Asociația de Ştiințe Cognitive din România şi de Asociația Națională de Hipnoză şi Sugestie. Fundația Soros Pentru o Societate Deschisă şi Fundația Mc Donnell din SUA şi-au adus aportul, financiar la organizarea şcolii şi la apariția acestui volum.

Participanții la aceste cursuri au fost psihologi practicieni, studenți din anul terminal, masteranzi, medici şi rezidenți în psihiatrie ş.a. Cursurile s-au desfăşurat în program intensiv fiind dublate de activități practice şi având la dispoziție materialul documentar de rigoare.

Prof. Univ. Dr. Ion Radu

Cuvânt către cititor

"Viața nu este dreaptă sau nedreaptă,
viața este asimetrică"

Această asimetrie a vieții i-a făcut pe mulți oameni să trăiască situații dramatice, uneori la limita insuportabilului. Mulți le-au depăşit, ajutați fiind de sfatul şi înțelegerea caldă a unei rude, prieten apropiat sau preot. în alte cazuri mai grave însă, a fost nevoie de intervenția specialistului, psiholog sau medic, care prin tehnici specifice de psihoterapie şi/sau medicale au rezolvat sau ameliorat suferința pacientului.

Termenul de psihoterapie circulă în literatura de specialitate sub două forme. *în sens larg,* psihoterapia este definită ca intervenție psihologică planificată şi intenționată, fundamentată de un sistem teoretico-metodologic riguros, exercitată de către un profesionist (sau mai mulți - psihologi sau medici) în scopul eliminării sau ameliorării simptomatologiei unui pacient (sau a mai multora - vezi terapia de grup) şi/sau îmbunătățirii performanțelor subiecților umani sănătoşi. *în sens restrâns,* psihoterapia este psihologie aplicată în practica clinică şi/sau în scopul îmbunătățirii performanțelor subiecților umani sănătoşi. *Hipnoterapia* este psihoterapia efectuată cu ajutorul tehnicilor hipnotice.

în secolul nostru orice aplicație de anvergură este precedată de o cercetare fundamentală riguroasă efectuată în cadrul unei paradigme ştiințifice. în psihologie, revoluția cognitivă de la mijlocul anilor '60 a impus paradigma cognitivă .ca paradigmă privilegiată în cercetarea psihologică actuală. Acumularea unui nucleu de rezultate teoretico-experimentale riguroase a permis apoi psihologiei cognitive să penetreze aproape toate domeniile importante ale psihologiei, generând aplicații de anvergură. Psihoterapia cognitiv-comportamentală este în consecință psihologie cognitivă aplicată în practica clinică şi/sau în scopul îmbunătățirii performanțelor subiecților umani sănătoşi.

Lucrarea de față s-a născut din dorința de a sistematiza şi a aprofunda temele prezentate în cadrul Şcolii Internaționale de Vară "Psihoterapia şi hipnoterapia cognitiv-comportamentală a anxietății şi diagnostic formativ[1]", din perioada 1-20 August 1997, Cluj-Napoca.

Succesul de care s-a bucurat şcoala atât prin numărul mare al participanţilor (60 studenţi şi 10 profesori) din 6 ţări, (România, SUA, Austria, Slovenia, Estonia şi Republica Moldova) cît şi prin reflectarea activităţilor desfăşurate în mass-media au impulsionat apariţia acestui volum. Două precizări trebuie făcute aici. Prima, şi anume că la apariţia acestui volum contribuie şi autori care nu au participat în mod direct la activităţile şcolii de vară (cei care apar doar la lista autorilor si nu ca editori asociaţi ai lucrării). Aceasta deoarece aşa cum am precizat mai sus, scopul acestui volum este nu doar de a reproduce conţinutul cursurilor şcolii de vară ci şi de a aprofunda unele aspecte abordate acolo prin aportul unor oameni care formează noua generaţie în domeniu. A doua precizare se referă la faptul că deşi temele prezentate sunt reunite sub aceeaşi titulatură a terapiei cognitiv-comportamentale, aceasta nu înseamnă că punctele de vedere prezentate de un autor în acest volum sunt automat împărtăşite şi de către ceilalţi. Fiecare autor îşi are autonomia şi răspunderea sa pentru cele redactate, cum este şi normal într-o disciplină serioasă, progresul fiind asigurat de un echilibru raţional între punctele de vedere concordante şi divergente. Cu toate acestea, ca şi coordonator al lucrării am încercat să ofer un cadru omogen şi un echilibru de expresie ale punctelor de vedere pentru a asigura coerenţa discursului şi uşurinţa receptării lucrării

Modul de organizare a lucrării nu este unul ortodox, ieşind din normele paradigmatice clasice de redactare, dar este unul, considerăm noi, extrem de pragmatic în contextul ştiinţific actual. Ne referim aici la faptul că unele capitole sunt redactate în limba engleză, în timp ce altele sunt redactate în limba română. Cele redactate în limba română au un scurt rezumat în limba engleză, iar cele redactate în limba engleză au un rezumat în limba română. Redactarea în limba engleză a unor capitole a fost dictată de considerentul că problemele abordate aici sunt extrem de importante şi discutate şi în literatura de specialitate, iar prezentarea lor în cadrul şcolii de vară s-a făcut în aceeaşi manieră. Prin acest mod de abordare încercăm să menţinem de asemenea continuarea dialogului ştiinţific cu participanţii din străinătate, dialog început cu ocazia cursurilor şcolii. în plus, lucrarea conţine termeni preluaţi direct din limba engleză (deşi acolo unde a fost posibil autorii au efectuat traducerea şi adaptarea lor). Aceasta din următoarele considerente: (1) termenii sunt consacraţi sub această formă în activitatea practicienilor din ţară; (2) o adaptare a termenilor în limba română i-ar face să-şi piardă semnificaţia originală sau, încercând să o păstrăm, traducerea ar fi caraghioasă şi comică; (3) în plus în ştiinţa contemporană acceptarea unor termeni "pass partout" nu este un lucru neobişnuit (vezi "bit", "item" din limba engleză în limba română sau "semem" din limba franceză în limba engleză etc). Rezumând şi

coroborând observaţiile făcute mai sus într-o formulă pragmatică, am spune că nu contează şi nu e important dacă acest mod de abordare este congruent sau nu cu anumite norme paradigmatice clasice de redactare. El trebuie să fie util şi acceptat de cei cărora li se adresează: practicieni şi cercetători şi să fie congruent cu tendinţele existente la nivel internaţional. Structura cărţii este concepută după cum urmează: Partea întâi abordează psihoterapia cognitiv-comportamentală la trei nivele:

(1) teoretic: asumpţiile sale fundamentale şi perspectiva pe care acestea o imprimă asupra întregii psihoterapii,

(2) metodologic: prezintă tehnici specifice de intervenţie la nivel cognitiv, comportamental şi biologic,

(3) pragmatic: aplicarea acestor tehnici de intervenţie cognitiv-comportamentale în practica clinică şi în scopul îmbunătăţirii performanţelor subiecţilor umani prin prezentarea de studii de caz din literatura de specialitate sau din cazuistica proprie autorilor,

întreaga abordare va fi particularizată în cazul tratamentului anxietăţii, al tulburărilor sexuale şi psihosomatice.

Partea a doua abordează hipnoterapia cognitiv-comportamentală la trei nivele:

(1) teoretic: propune un angajament cognitiv asupra hipnozei şi sugestiei,

(2) metodologic: prezintă tehnici de hipnoză şi hipnoterapie,

(3) pragmatic: se referă la aplicarea acestor tehnici în practica clinică şi în scopul îmbunătăţirii performanţelor subiecţilor umani prin prezentarea de studii de caz din literatura de specialitate sau din cazuistica proprie autorilor.

Partea a treia abordează problematica intervenţiei cognitiv-comportamentale în deficienţa mintală, în evaluarea funcţiilor cognitive şi a hipnotizabilităţii. în acest context evaluarea dinamică şi modificabilitatea cognitivă sunt prezentate ca alternative viabile la paradigma clasică psihometrică în evaluarea funcţiilor cognitive şi a hipnotizabilităţii.

Daniel DA VID

Foreword

Many people have passed through dramatic situations, sometimes even terrible situations, but they survived because of the help of a relative, friend, or priest. However, in the more severe cases they needed the help of a professional psychotherapist or physician, to relieve their pain or to end their suffering.

The term psychotherapy can be found in the scientific literature with the following two meanings.

In soft terms, psychotherapy is a planned, intențional psychological intervention, based on a rigorous theoretical and methodological system, performed by one or more professionals - psychologists or physicians- for the purpose of eliminating or relieving the symptoms of a patient (or more patients - see group therapy) and/or for improving the performances of healthy human subjects.

In strong terms, psychotherapy is understood as applied psychology in clinical practice and/or for improving the performances of healthy human subjects.

Hypnotherapy is the psychotherapy done by means of hypnotic techniques.

In our century, any important application is preceded by a serious fundamental research done in a scientific way. In psychotherapy, the cognitive revolution that took place in the 60's, has imposed the cognitive paradigm as one of the most privileged scientific paradigm in nowadays' psychological research.

Gaining a core of rigorous theoretical and experimental results, the cognitive psychology has penetrated almost all-important fields of psychology, producing useful applications.

In consequence, cognitive-behavioral therapy is applied cognitive psychology in clinical practice and/or for the improvement of the performances of healthy human subjects. The structure of the book is thought in the following way.

The first part approaches the cognitive-behavior therapy at three levels:

(1) the theoretical level: the fundamental assumptions and the perspective of experimental cognitive-behavioral therapy;

(2) the methodological level: intervention techniques at cognitive, behavioral and biological level;

(3) the pragmatic level: the way these techniques work in clinical practice and in improvement of the efficacy of normal subjects; here we present case studies from literature and our own practice. This approach will be detailed in regard to anxiety, sexual and psychosomatic disorders.

Part two approaches cognitive-behavioral hypnotherapy at three levels:

(1) the theoretical level: the way the cognitive psychologist views hypnosis and hypnotherapy,

(2) the methodological level: hypnotic intervention techniques at cognitive, behavioral and biological level,

(3) the pragmatic level: the way these techniques work in clinical practice and in improvement of the efficacy of normal subjects; here we also present case studies from literature and our own practice.

Part three approaches dynamic assessment-formative diagnosis in comparison to classic psychological testing in case of cognitive abilities and hypnotizability.

Daniel DA VID, Ph.D.

PARTEA ÎNTÂI
(PART ONE)

fi

Chapter 1

PSYCHOTHERAPY AS THE COGNITIVE PSYCHOLOGIST VIEWSIT

- Dan DA VID -

Capitolul 1 este intitulat "Psihoterapia văzută de un psiholog cognitivist". In acest capitol prezentăm nucleul tare al perspectivei cognitiv-comportamentale în psihoterapie, insistând asupra următoarelor aspecte: (1) analiza psihopatologiei subiectului uman trebuie făcută simultan la patru nivele: cognitiv, comportamental, biologic şi subiectiv, elaborându-se tehnici specifice de intervenţie la fiecare dintre acestea; (2) studiile de metaanaliză menţionează terapia cognitiv-comportamentală ca fiind cea mai eficientă formă de psihoterapie în tratamentul tulburărilor psihice şi psihosomatice: (3) psihoterapia cognitiv-comportamentală experimentală este o perspectivă generală asupra întregii psihoterapii, formele clasice de psihoterapie (dinamic-psihanalitice şi umanist-experienţiale) fiind reinterpretate şi asimilate treptat în termenii şi cadrul terapiei cognitiv-comportamentale.

Cuvinte cheie: *angajament cognitiv-comportamental, analiză multinivelară a psihopatologiei, modelul CBBS, program de cercetare.*
Key-words: cognitive-behavioral approach, four-level analysis of the psychopathology, CBBS model, research program.

Psychotherapy is applied psychology or in other words, psychotherapy is psychological intervention in clinical practice and in human development. In psychology, the dominant paradigm is the cognitive paradigm (Newell, 1992; Robins, Gosling and Craik, 1999). Consequently, the psychotherapy at the end of this century seems to be mainly a cognitive one. In fact, the nineteenth decade of this century is called the decade of cognitive science (Robins, Gosling and Craik, 1999). It is a great honor for psychology if we are to consider that the past two decades of this century were called atomic physics and genetic engineering respectively. For the first time in the history of science, psychology in its cognitive form is compared with advanced sciences like physics and genetics. This is in recognition of the maturation of psychology in its cognitive form.

Of course, cognitive-behavioral therapy does not cover all forms of contemporary psychotherapy. There are also other forms of therapy such as

dynamic-psychoanalytic therapies or humanistic-experiential therapies. However, there is a strong attempt in cognitive science to form a bridge between dynamic-psychoanalytic therapy, humanistic-experiential therapy, and cognitive-behavioral therapy by accounting for the efficacy of the formers in terms of the latter. In fact, the coexistence of a dominant paradigm with opposite approaches is not unusual for science. For example, in medicine besides the dominant biomedical paradigm there are also other approaches, some of them quite exotic (see for example, psychosocial approach, acupuncture etc). Identically, in psychotherapy, besides the dominant cognitive-behavioral therapy there are also other approaches (e.g. dynamic-psychoanalytic and humanistic-experiential therapies etc).

However, cognitive-behavioral therapy seems to be the dominant scientific paradigm in psychotherapy at the end of this century. This thesis will be argued for in the following five steps: (1) the cognitive-behavioral therapy and the philosophy of science; (2) the history of cognitive-behavioral therapy; (3) the characteristics of cognitive-behavioral therapy; (4) the fundamental assumptions of cognitive-behavioral therapy; (5) the process of cognitive-behavioral therapy.

1. THE COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND THE PHILOSOPHY OF SCIENCE

In 1962 Thomas Kuhn published a book called "The Structure of Scientific Revolution" in which he argued that the history of a field of science may be traced through the following steps: (1) preparadigmatic period; (2) normal science in which the scientific paradigm is explored and elaborated; (3) crisis; (4) emergence of a new scientific paradigm; (5) revolutionary fight between the old and the new paradigm; (6) victory for one side and return to normal science. This image of science and science evolution enjoyed special appreciation among scientists, the above-mentioned book being the most cited book of the philosophy of science in the scientific journals (Mc Connel, 1983).

(a). *The preparadigmatic period.* This period in the evolution of science is characterized by the facts that: (1) data gathering is casual, random and superficial; (2) research is observational rather than experimental; the researchers often look for empirical validation of vary procedures instead of empirical validation of theories concerning those procedures; (3) most of the data consist of combining the simple with the complex, and the true with the false while leaving many gaps; (4) competing schools develop. Considering these characteristics, it could be argued that in psychotherapy, it is here we

have to locate psychoanalysis and humanistic-experiential therapies developed at the beginning of the XX century.

(b). *The normal science.* Normal science is characterized by: (1) the determination of significant factors; (2) the elaboration of scientific paradigm and the theories elaboration; (3) research is experimental rather than observational; (4) the use of scientific methods in research, such as experimental designs, statistics etc; (5) the scientific hypotheses which must be testable and also, in principie, refutable.

A paradigm is a general set of ideas, drawn up by theorists within a particular discipline. It consists of high-level assumptions that can not be tested directly at an experimental level. Conversely, theory should be stated in terms that permit researchers to test it at an experimental level (Eysenck and Keane, 1992). According to this view of normal science, in psychotherapy we have been able to talk about the normal science as scientific paradigm only since the 1950's when the behavioral therapy emerged. A scientific paradigm reinterprets and integrates valid aspects of the primitive theories and approaches from the preparadigmatic period into its theoretical system, using its own terms. In psychotherapy for example, behavioral therapy has reinterpreted psychoanalytic therapy techniques in terms of modern learning theory omitted in Freud's approach. For example: (1) transference is interpreted as a special example of the learning phenomenon of generalization; (2) repression is learned behavior because it is reinforced by a decrease in anxiety; (3) interpretation is useful even if it is not true because it is reinforced by offering the patient a coherent history of his life; (4) free association is effective in reaching unconscious materials because the patient interprets the therapist's acceptance of his verbalizations as forgiveness and, thus, the fear associated with these ideas extinguishes etc. (Udolf, 1987). It is not only a change in language but also a new perspective with heuristic values. In this stage of science, scientific paradigm may coexist with other approaches, expression of preparadigmatic period or expression of a development from preparadigmatic period. In psychotherapy, as we mentioned before, besides dominant behavioral paradigm, there were also dynamic-psychoanalytic and humanistic-experiential approaches and therapists who disagreed with their theoretical assimilation in behavioral paradigm. Any way, pressed by the success and the model of the experimental behavioral therapy, these approaches tried to develop in their own way, although their progress was quite limited (Bergin and Gardiner, 1994-see for example the development of the short term dynamic therapy). As mentioned before, it is not unusual for science and sometimes it may even stimulate its progress.

(c). *The crisis.* Scientists accept the scientific paradigm although it may not account for all of the available evidence drawn by experiments. Anyway, the

period of the crisis occurs during the time when the old paradigm is overthrown because of the failed predictions and of the gaps in its explanatory completeness (Mc Connel, 1983). According to this view of the philosophy of science, in psychotherapy we can talk about crisis in the 1960's when behaviorism and behavioral therapy failed to explain how cognition and information processing influence our behavior and emotions. (d). *The emergence of new scientific paradigms.* When the old paradigm fails to explain many phenomena that are relevant for science and fails important predictions a new paradigm emerges. This is the moment when the scientific revolution begins. In psychotherapy, at this point -the 1960's-cognitive therapy emerged trying to explain how information processing influences our behavior and emotions.

(e). *The scientific revolution.* This is characterized by (1) a spreading sense of the inadequacy of existing institutions; (2) the textbooks which are rewritten to teach the new paradigm; (3) the old ideas which are discarded as false. In psychotherapy, the fight has taken place between behavioral therapy and cognitive therapy.

(f). *The return to normal science.* When one side won, most of the evidence accounted for by the other side is reinterpreted and integrated into its theoretical system. In psychotherapy, cognitive therapy has won the fight with behavioral therapy but, after that, it assimilated the right assumptions of behavioral therapy. In this way cognitive-behavioral therapy has emerged. Nowadays, there are three kinds of therapeutic approaches: (1) the dominant one - cognitive-behavioral, (2) dynamic-psychoanalytic, (3) humanistic-experiential. However, as a dominant tendency, there is a strong attempt in cognitive-behavioral therapy to assimilate the other two approaches by accounting for their efficiency in its own terms.

2. THE HISTORY OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

For many years, since the end of the nineteenth century until the 1950's the dominant influence in the psychotherapy was psychoanalysis and its derivatives (preparadigmatic period according to our view of science development).

The development of behavioral therapy (the normal period or the paradigmatic one) in the 1950's and 1960's was prepared by: (1) the development of fundamental research in experimental psychology and the maturation of the' behaviorism; (2) the report of the Joint Commission on Mental Illness and Health in the 1950's to the U.S. Congress that psychoanalysis is not very effective in many disorders and other forms of

psychotherapy must be developed; (3) in 1952, Eysenck published a review of 24 studies and concluded that there was no research evidence to support the efficiency of psychotherapy and that psychoanalysis was sometimes even less effective than no therapy; this article stimulated a greater awareness of the need for short scientific psychotherapy based on fundamental research; (4) the publication of Wolpe's book: "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition" in 1952.

The most important figures of that period in behavioral therapy were Dollard, Eysenck, Miller, Skinner and Wolpe. Instead of interpreting presented problems as symptoms of underlying disorders, behavioral therapists saw them as maladaptive learned responses that were to be direct targets of therapeutic interventions.

In the 1960's and the 1970's, cognitive therapy has emerged (as a new paradigm). According to cognitive therapy, emoțional problems are not caused by the events but by the way in which those events are interpreted. The strategy of cognitive therapy is to solve emoțional problems by leading clients to interpret events in a more adaptive manner. The most important figures were those of Albert Ellis and Aron Beck. In this period, cognitive therapy was strongly related to fundamental research of cognitive psychology. This gave to cognitive therapy the opportunity to become in a short period of time one of the most efficient treatment for psychological and psychosomatic problems.

In the 1970's, cognitive therapy has assimilated the correct assumptions of behavioral therapy, in the work of Bandura, Lazarus and Meinckenbaum. In this way emerged what today is called cognitive-behavioral therapy.

In the 1980's a great mistake of the cognitive-behavioral therapists had occurred. Cognitive-behavioral therapists did not ground sufficiently their therapeutic techniques in the fundamental research of cognitive psychology, so that the progress in the therapeutic efficacy in comparison to the 1970's was rather small.

Anyway, in the late 1980's and 1990's cognitive-behavioral therapy started again a close relation with cognitive psychology, assimilating the results of fundamental research of cognitive psychology. (e.g. unconscious information processing research). A.P.A. (American Psychological Association) for example, founded a society called "Society for Science of Clinical Psychology" (division XIII; section III of A.P.A.), whose objective is to stimulate the relation between fundamental research and clinical practice. In fact, our opiniOn is that starting from the 1990's we can talk about experimental cognitive-behavioral therapy (ECBT), more related to science and fundamental research. We would caii it experimental cognitive-behavioral therapy or psychological intervention in clinical practice and we

would see it as a psychological engineering. Important figures of this new orientation are Salkovski, Clark, Lynn, Kirsch etc.

3. CHARACTERISTICS OF THE EXPERIMENTAL COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

(a) Experimental cognitive-behavioral therapy is a scientific one, being a kind of psychological engineering.

**It is based on fundamental research of cognitive psychology*

In modern times, every serious science grounds its practicai applications on fundamental research. For example, genetic engineering is based on fundamental research of genetics; chemotherapy is based on fundamental research of biochemistry and pharmacology. In psychotherapy, experimental cognitive-behavioral therapy is the only kind of psychotherapy based on fundamental research of cognitive psychology and experimental psychology.

**It makes a difference between scientific theory/language and interface theory/language*

Scientific theory correctly explains the patient's symptoms and suggests an appropriate treatment. The way the treatment is delivered to the patient depends on interface theory and language. For example, in therapy, the patient must be offered an explanation/interpretation of his symptomatology. In this case, scientific theory indicates that the patient needs an explanation/interpretation for his problems because otherwise the anxiety generated by the fact that he does not understand his symptomatology exaggerates the symptoms. The explanation given to the patient is sometimes an interface theory that prevents the increase of symptoms. It doesn't need to be true (to be identical to the scientific cause of the symptoms, although it could be) to be useful. It only has to be accepted by the patient who believes in it and considers it true. For clinical practice, both scientific and interface theories are useful, but for science and research only a scientific theory is useful. Interface theory is of help in research only if it fits the scientific one, otherwise it is useless because it can not stimulate the progress in science as much as the scientific theory. The most practicai thing in science is a correct theory. **Tautology is not a scientific theory, but it can be an interface theory*

Personality traits are often said to be an explanation of our behavior. However, it is a fake idea. Between traits and behavior, there is a semiotic mechanism, not a causal one. For example, it is wrong from the scientific point of view to explain the symptomatology of a patient (e.g. fear, trembling, nausea, avoidance etc.) on account of his anxiety. It is a tautology. Anxiety is

not the cause of the symptomatology but a term that describes and names that symptomatology. Anyway, tautological explanation can be useful in practice as an interface theory. A patient may be satisfied with a tautological explanation because it offers him a coherent perspective on his life and symptoms and implies that there is a treatment for his problem.

** Experimental cognitive-behavioral therapy promotes a scientist-practitioner perspective in science*

Psychotherapy practitioners are most of the time pragmatic and they are interested in the theory and research that fits their current belief and the observations of their own practice. This is a dangerous perspective because often scientific knowledge does not fit common sense belief.

On the other hand, scientists and their research often lack pragmatism, little knowledge of their research being effective and available for use in clinical practice.

In response to this quite dangerous situation in psychotherapy, experimental cognitive-behavioral therapy promotes the scientist-practitioner perspective. This perspective tries to make practitioners more scientists and scientists more practitioners. To make practitioners more scientists means that practitioners are continuously employing, monitoring, evaluating, and testing hypotheses at the moment-to-moment level with individual clients. Also practitioners are stimulated, if not to do fundamental research, at least to be interested in it keeping in touch with the newest discoveries in science. To make scientists more practitioners means that scientists must be stimulated in doing more ecological fundamental research that is closer to the practicai needs and problems.

** Experimental cognitive-behavioral therapy makes a difference between the efficiency of techniques and the scientific truth of the theory grounding those techniques*

The efficiency of a certain technique does not ensure the correctness of the theory grounding it (see for example the relationship between Mesmer's hypnotic techniques and his theory of animal magnetism). Experimental cognitive-behavioral therapy agrees with and uses techniques taken over from other therapies (e.g. dream analysis and interpretation from dynamic-psychoanalytic therapy and empathic responses from humanistic-experiential therapy etc), but considers most of the underlying theories of those techniques to be unscientific. Therefore, the experimental cognitive-behavioral therapy is an eclectic one at a technical level but not at a theoretical level. It accounts forjJie_^fJiciejicxpXd3m^rn|i>psychoanalyticjind humanistic-experiential techniques in terms ol_Jnfonriatidrr¯processing paradigmTAsTstated before, it is very important for the evolutîoirtrr science, because only a scientific theory can strongly and significantly stimulate the progress.

The general findings of no differences in the outcome of different therapies can be explained by the fact that different therapies embody common factors that are curative although not emphasized by the theory of a particular school. These common factors are:

(1) ***therapeutic relationship***. **It** is characterized as a working alliance described as a warm, collaborative and confident attitudes of the patient towards the therapist, determined by the patient' hope of eliminating the symptomatology and by therapeutic unconditioned acceptance of the patient by therapist. It can reduce the anxiety of the patient that in turn reduces the symptomatology by providing the client with a new emoțional experience and the opportunity to discriminate between past and present (Bergin and Garfield, 1994). More than that, in dynamic-psychoanalytic therapies, therapeutic relationship also generates the țransference neurosis; this is stimulated by the therapeutic behaviors of therapist (objective screen-like in a very professional manner) and it is very important for the next process of the dynamic-psychoanalytic treatment. In other forms of therapies (e.g. cognitive-behavioral and humanistic-experiential) working alliance does not later generate the țransference neurosis because the therapist maintains this working alliance by means of a very empathic, congruent and collaborative behavior towards the patient.

(2) ***explanation for the patient 's symptoms.*** It stimulates the need to change maladaptive cognitions and behaviors. In addition, it reduces symptomatology because the patient understands his disorder so that anxiety due to uncontrollable symptoms is eliminated and also because it enhances hope and expectancies for recovery (placebo effect). More than that, the therapeutic explanation is a prerequisite for the modification of maladaptive coping mechanisms, cognition and interaction with the environment. If the information offered to the patient is true than we talk about clinical explanation. If we can not prove that the information offered to the patient is true or false we talk about clinical interpretation. From clinical point of view this distinction is not important. What is important is the information to be accepted by patient as an explanation for his problems.

(3) *techniques* ***that are*** *closely related* ***to*** *explanation.* They can eliminate anxiety of performance increasing the self-efficacy of the patient. This, in turn, is also a prerequisite for the change of maladaptive coping mechanisms, cognitions, and interaction with the environment by patient himself.

Besides these common factors, cognitive-behavioral therapy insists on more unique variables that can enhance its efficiency. These unique variables, the expression of fundamental research, are represented by specific techniques that directly attack maladaptive coping mechanisms and cognitions. This is why the cognitive-behavioral therapy is considered

n0wadays one of the most efficient form of psychotherapy (Bergin and Gardiner, 1994). In the future, we expect that cognitive-behavioral therapy efficiency will increase because of the progress of fundamental research in identifying new and strong unique variables necessary in therapy. Unlike other forms of therapy, cognitive-behavioral therapy considers common factors as a part of its scientific theory. This is why experimental cognitive-behavioral therapy agrees with techniques taken over from other forms of therapy (because these techniques are, in fact, common factors responsible for change) but not with their underlying theories.

(b) Experimenal cognitive-behavioral therapy considers psychological problems as learned maladaptive responses sustained by dysfunctional cognitions.

Therefore, for treating psychological problems, it is necessary to modify the maladaptive behaviors and cognitions by means of specific cognitive and behavioral modification techniques.

(c) **Experimenal cognitive-behavioral therapy has its own applied and fundamental research.**

It is penetrated by fundamental research of cognitive psychology (cognitive-behavioral therapy and cognitive psychology use the same concepts and methodology). Because of this close relationship between experimental cognitive-behavioral therapy and cognitive psychology, the experimental cognitive-behavioral therapy is developing continuously.

(d) Experimenal cognitive-behavioral therapy is a short form of psychotherapy.

The patient and the therapist work in collaboration to relieve symptoms. having limited time available (15-25 sessions).

(e) **Experimenal cognitive-behavioral therapy is one of the most efficient form of psychotherapy.**

Meta-analysis studies revealed that there is a strong trend towards no difference between different psychotherapies. Anyway, this trend is counterbalanced by the indications that cognitive-behavioral therapy, under some circumstances, is superior to other forms of psychotherapy (Bergin and Gardiner, 1994).

(f) Experimenal cognitive-behavioral therapy is a directing and collaborating one.

This collaboration assumes the form of a therapeutic alliance in which therapist and patient work together to fight a common enemy: the Patient's distress.

(g) **Experimenal cognitive-behavioral therapy takes place mainly in vivo.**

This is very important for the ecological validation of the Psychological intervention, although in certain situations, cognitive-behavioral therapy uses also imaginative techniques.

(h) Experimenal cognitive-behavioral therapy combines its techniques in treatment packages.

For a certain disorder, we have a certain treatment package (see chapter 6 for details). These treatment packages cover a large range of mental and psychosomatic disorders, from less severe emoțional disorders (mainly by cognitive techniques) to very severe disorders (mainly by behavioral techniques).

(i) Experimenal cognitive-behavioral therapy strongly insists on objective measurement of efficacy of psychological intervention.

For this purpose, cognitive-behavioral therapy has elaborated specific techniques such as the single case experiment and time series analysis.

(j) Experimenal cognitive-behavioral therapy is a general perspective of the whole psychotherapy.

Concerning this perspective, there are many misconceptions about experimental cognitive-behavioral therapy:

*first, many believe that experimental cognitive-behavior therapy is a collection of techniques; on the contrary, experimental cognitive-behavioral therapy is a comprehensive approach to therapy, based on a theory of psychological distress. It requires a significant paradigm shift for the therapist already trained in other therapies, such as: dynamic-psychoanalytic and humanistic-experiential therapies;

*second, many believe that experimental cognitive-behavioral therapy is purely raţional and it does not insist on the expression and analysis of emotions; on the contrary, one of the main objectives in experimental cognitive-behavioral therapy is to stimulate the expression of feelings and to illustrate for the patient the relationship between cognitions and emotions (Beck, 1976).

4. FUNDAMENTAL ASSUMPTIONS OF THE EXPERIMENTAL COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

Human beings must be analyzed at four separable levels (aspects), the interactions among them being able to explain and produce both mental, physical and psychosomatic disorders on one side (see fig. 1) and also normal functioning of human being on the other side.

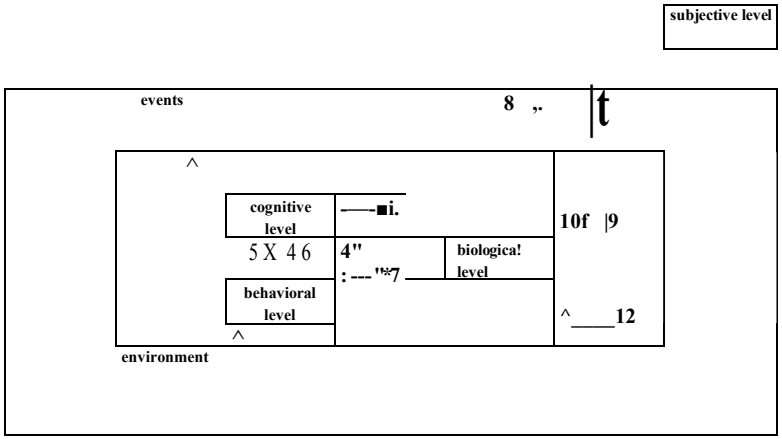


Figure 1. *Interactions between cognitive, behavioral, biological and subjective levels.* CBBS-MODEL (cognitive, behavioral, biological and subjective levels).

The cognitive level refers to information content and processing. There are two kinds of information processmgT ^onşcious information processing and unconscious information processing. Conscious information processing refers to the awareness and verbalization of our mental content and information processing. Unconscious information processing refers to the fact that our mental content and information processing can not be verbalized and we are not aware of their existence.

The individual reports such thoughts ("I am going to die"), perceptions, images, certain motives refer to the content of our information processing. One may infer the existence of a certain information processing only based on its content. For example, a set of statements may show consistently a negative misinterpretation of life events suggesting maladaptive unconscious/conscious information processing (e.g. expectancies, attribution, labeling etc. see chapters 2 for details). Cognitive level gives the quality of our subjective level.

The behavioral level refers to what in psychology is called operant behavior. The operant behavior refers mainly to learned motor behavior upon voluntary control.

The biological level refers to all modifications that take place in our body at physiological and anatomical levels. Modifications of the autonomie nervous system generate the intensity of our subjective state.

The subjective level refers to self-report, namely "I feel" statements: positive, negative, or neutral. More precisely, it refers to the

verbal labels of the emoțional states (e.g. I feel anxious, disappointed, ashamed etc).

There are many interactions among these four levels (see fig.l).

• arrow 1-refers to the information processing of environmental stimuli (e.g. primary information processing in tjgrcepțion etc).

• arrow 2-refers to the fact that our knowledge both contents and information processing, influences what we process from environment (e.g. secondary information processing in perception etc). In case of anxiety for example, the negative cognitive style will determine one to select from the environment mainly the negative aspects of the stimuli.

• arrow 3-refers to the fact that our information processing can influence the biological level. For example, the cognitive discrepancy is one of the causes_ of the autonomie nervous system arousal. Of'course, arousal of the autonomie nervous system could also be generateH by other mechanisms as medication, physical effort etc. However, the central concept of the psychopathology in experimental cognitive-behavior therapy is cognitive discrepapc^, *Physiological arousal state* aceompanies many cognitive discrepancies and their combination stay at the origin of most psychological and emoțional disorders (see fig.l). There are two kinds of cognitive discrepancy: **(1) externai/internai discrepancy** and **(2) internai discrepancy.** *Externai/internai discrepancy* refers to (a) a conflict between the internai cognitive structure and the events from the environment (externai reality)-(e.g. conflict between the expectancies and the reality and the conflict between the motives, needs and the possibility of their satisfaction in reality) and (b) a conflict between the internai cognitive structure and the stimuli from our body and behavior (internai reality)-(e.g. conflict between the expectancies, motives, needs and the modifications of the biological, behavioral and subjective level). *Internai discrepancy* refers to a conflict among the internai cognitive structures (e.g. conflict among motives and needs and conflict between undesired motives and needs and our social norms and values). The conflicts could be conscious or unconscious. In case of a present unconscious conflict (when we repressed undesired or unrealistic motives for example), it doesn't necessarily have to be reduced to underlying and basal conflict involving aggressive and libidinal motives and needs as Freud claimed, although it could be the case in some situations. More precisely, actual unconscious conflicts could be resolved by dynamic-psychoanalytic techniques (identification of the conflict by free association and then its interpretation by reduction to basal conflicts in childhood) or by classic cognitive techniques. Cognitive techniques suppose the identification of the conflict by free assocjation or other cognitive techniques and then modification by means of specific cognițive-behavior techniques (e.g. cognitive restructuring or stress inoculation training etc), of the components

of the conflict (e.g. repressed motives, defense mechanisms and the cause of repression as norms, values etc).

• arrow 4-refers to the information processing of the internai stimuli. In the case of panic attack for example, the body sensations generate and prime the negative cognitive processing of those sensations. In turn, the negative cognitive processing generates externai/internai cognitive discrepancy (e.g. I am trembling but I do not want to tremble). Also, here we have to include the direct impact of nervous system activity on the cognitive level. For example, sometimes a high quantity of dopamine could generate hallucinations at cognitive level.

• arrow 5-refers to the fact that our behavior is an expression of information processing (e.g. skill acquisition).

• arrow 6-refers to information processing of internai stimuli during certain behavior (e.g. skill acquisition). In some cases, the information processing of internai stimuli could generate externai/internai cognitive discrepancy (e.g. I am doing something against my beliefs).

• arrow 7-refers to the fact that our behavior can influence the biological level; (e.g. eating behavior, life style, etc).

• arrow 8-refers to information processing of the subjective state, more exactly the meaning of its labei. Information processing of the subjective state could generate externai/internai cognitive discrepancy (e.g. I feel tense but I want to be relaxed).

• arrow 9-refers to the fact that our subjective state is a dependent variable, or an effect of the interaction between the other three levels: cognitive, behavioral, biological (see the classic experiment of Singer and Schachter, 1962).

• arrow 10-refers to the fact that our negative or positive subjective state determines coping mechanisms at three levels: cognitive, behavioral, and biological. Coping mechanisms can be adaptive or maladaptive depending on their consequences for the subject (cost and benefit) and the period of time he resorts to them. Of course, coping mechanisms become the cause for another subjective state which in turn will determine other coping mechanisms. In others words, the same cognitive, behavioral and biological modifications could be either causes or coping mechanisms depending on a subjective state, which they are connected to. The case conceptualization made by the therapist will establish which subjective state is more important for the patient and in consequence, which cognitive, behavior and biological modifications are causes or coping mechanism of that subjective state.

• arrow 11-refers to the modifications that our behavior induces into the environment.

• arrow 12-refers to the fact that the environment can influence our internai milieu, not only by information processing, but also by direct action at the biological level (e.g. action of viruses, bacteria, physic traumas).

Three pathways are very important for psychopathology (see fig. **1).**

(a) 1.2.9. pathway - In this case the interaction among the environment, internai stimuli and our information processing (externai/internai cognitive discrepancy) or among our cognitive structures (internai cognitive discrepancy) can determine a negative subjective state or a distress state. To eliminate a distress state, we need modifications within:

• our interactions with the environment -by problem solving techniques and assertive training;
• information processing -by cognitive restructuring techniques;
• behavioral level -by behavioral modifications and hypnotherapeutic techniques;
• biological level -by chemotherapy, relaxation techniques, flooding, desensitization and hypnotherapeutic techniques.

It is very important to make modifications at all levels (if possible), otherwise our intervention will be efficient only for a short period of time because the unmodified levels will remain as a prerequisite for other distress states, in other situations.

1.2.9. pathway could be called or it is similar to primary appraisal (see also Lazarus and Lazarus, 1994). In primary appraisal the interaction between internai cognitive structure and both environment and internai stimuli (externai/internai cognitive discrepancy) and also the interaction among the internai cognitive structures (internai cognitive discrepancy) generate a subjective state that could be positive, stressful or irrelevant - neutral to well being. Primary appraisal includes information processing as expectancies, attributions, labeling etc.

(b) 10.9. pathway - Human being is not passive to his subjective state induced according to 1.2.9. pathway. In case of positive or negative subjective states, the subject tries to cope with them. In this case, if coping mechanisms are maladaptive, they can amplify our negative subjective state. In fact, subject's symptomatology is a mixture of maladaptive cognition and/or maladaptive coping mechanisms. As I mentioned above, the conceptualization of clinical case made by therapist will establish which modifications (cognitive, behavior and biological) are causes and which are coping mechanisms regarding a specific subjective state. The stress inoculation technique is useful at this point for teaching the patient adaptive coping mechanisms to help him deal with distress. 10.9. pathway could be called or it is similar to secondary appraisal (see also Lazarus and Lazarus, 1994). Secondary appraisal covers the ways the subjects cope with difficult

situations and it also monitors the results of the coping mechanisms, changing both primary appraisal and coping mechanisms if necessary. Coping mechanisms include problem-focused coping which tries to change the cognitive discrepancy or, if that fails, emotional-focused coping which tries to adjust one's subjective reaction to unchangeable cognitive discrepancy (see stress inoculation training for adaptive emotional-focused coping).

(c) 8.9. pathway -In this case, the way the subject interprets and labels his subjective state can influence his distress. For example, if he does not understand his distress, and considers it a sign of an underlying undesirable disorder, then this externai/internai cognitive discrepancy, in turn, will amplify the distress state. A cognitive intervention is required at this point to offer the patient a raţional explanation for his distress. This explanation must have the next characteristics:

• to be accepted by the patient,
• it has to explain to the patient the cause of his disorders and, meanwhile, to suggest him that there is a treatment available,
• it does not have to be true but it has to be useful.

As mentioned before, in experimental cognitive-behavioral therapy three kinds of techniques are currently used: cognitive-behavioral, dynamic-psychoanalytic and humanistic-experiential techniques, all interpreted in cognitive-behavioral theoretical perspectives. Below we present the way our model interprets the efficiency of the dynamic-psychoanalytical or humanistic-experiential therapies.

Dynamic-psychoanalytical therapies are sometime efficient because:

• the therapeutic relationship reduces the intensity of the distress at the beginning of the therapy and then generates the transference neurosis; these are prerequisites to change maladaptive coping mechanisms;
• the interpretation and the dream analysis could be useful in case of internai discrepancy (unconscious conflict between undesired motives and needs and our social norms and values). This is because they directly influence 8.9 pathway and indirectly suggest to the patient the necessity for change at 1.2.9 and 9.10 pathways (e.g. in the light of the interpretation provided by the therapist, the subject understands that his cognitive style and coping mechanisms were justified for a period of his life when he was a child, but they are not justified in adulthood and they must and can be changed).

Anyway, these techniques have some disadvantages: they take a long tune, they are useful only in individuals of the middle and upper social classes [w]'th a high level of education and they are useful mainly in individuals who are not very seriously disturbed.

Humanistic-experiential therapies are sometime efficient because: 1

- the therapeutic relationship is characterized by empathy, congruence, unconditioned acceptance so that it reduces the distress state, offering the patient the possibility to discover new positive experiences;
- by reducing the distress state and priming a positive subjective state and also stimulating the patient to discriminate and understand his i symptomatology, we indirectly influence 1.2.9, 8.9 and 10.9 pathways (e.g. because of the therapeutic empathic response the therapist helps the subject to understand that his cognitive style and coping mechanisms were justified for \ a period of his life and for some particular situations but they are not justified in present and they must and can be changed).

The disadvantages of these therapies are: (1) it is not sure that humanistic-experiential techniques will modify the pathway responsible for the disorder; (2) they are not very ecological because in real life the patient will be approached directly rather than indirectly; (3) they are useful only for the beginning of a therapy; (4) for other critics see above dynamic therapy.

Implications of this model for pathology

A compelling literature documents the fact that there are much physical in mental disorders and mental in physical disorders (DSM-IV; Holdevici, 1996). Our model suggests that from the etiopathogenic viewpoint all disorders are psychosomatic disorders (see also Vianu, 1975; Ionescu, 1990; Stein and Young, 1992). This is because of the direct connections among the cognitive, behavior, biological and subjective levels (see fig.l).

For example, if the etiology is pure biological (e.g. endogenous psychosis, organic mental disorders, viruses), then our negative undesirable subjective state will determine a discrepancy (I have an undesirable subjective state / but I don't want to have an undesirable subjective state) at the cognitive level which, in turn, will amplify the symptomatology; this is the stress-related physiological response. Therefore, the psychological factors influence the pathogeny of this kind of disorders. More than that, the psychological factors can influence acute disorders whose etiology is pure biological by other mechanisms. For example, the psychological symptoms of anxiety and depression, other mental disorders and maladaptive health behavior may affect the course of the treatment of the general medical conditions, compliance to the treatment, preparation for surgery and recovery after surgery. Therefore, in those cases psychotherapy and chemotherapy must work together. (Of course, in some cases of acute physical disorder, chemotherapy successfully replaces the psychological treatment.) However, if a certain disorder of biological etiology turns chronic, then the stress-related physiological response affects the body, resultin^- psychosomatic disorders (peptic ulcer, asthma etc). In this case, we need both psychological and

chemical treatment (both for stress-related physiological effects and for specific disorders).

In case of psychological etiology (e.g. reactive psychosis, neurosis) many biological modifications occur due to the conflict or discrepancy at the cognitive level (e.g. panic attack, anxiety). In this case, psychotherapy is the main treatment and chemotherapy is used only as an adjuvant (e.g. to calm the patient, to reduce the arousal state etc). If a psychological disorder lasts for a Iong time, then stress-related psychological and physiological responses can produce psychosomatic disorders. In this case, we need both psychological and chemical treatment (for specific disorders, for stress etc).

Relation of the CBBS model with DSM

This model can be seen as a theoretical background for the categories described in DSM. It could enhance the connections between DSM and fundamental research of cognitive psychology with impact for treatment of psychological and psychosomatic disorders. Categories of axis 1 (clinical axis) of DSM describe the pathological modifications at subjective, cognitive, and behavior levels. Categories of axis 2 refer to the stable aspects of the relations among cognitive, behavior, biological and subjective levels (personality disorders). Axis 3 refers to somatic disorders and in our model to biological level. Axis 4 refers to psychosocial stressors and in our models it corresponds to environmental stimuli and their interactions with cognitive level. Axis 5 refers to a global index of functioning of human being and in our model it corresponds to an global adaptive or maladaptive functioning of the relations among those four levels: subjective, cognitive, behavior and biological.

*Implications **of** this model for the distinction between neurosis and psychosis.* Even if DSM-III-R (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) and DSM-IV do not use this distinction, it is widespreadly used by the clinicians, so that it is very important to show how our model can account for this distinction.

According to our model, \ neurqsis\ is characterized by: (1) psychological distress at the subjectiveTgveT"(T3.9 pathway, see fig.l); it can be amplified according to 8.9. pathway; (2) maladaptive coping mechanisms fhat determine a quantitative change in the relationship between the human being and his environment (10.9 pathway, see fig.l); (3) the fact that the etiopathogeny has mainly psychological mechanisms (but see also organic neurosis); (4) the fact that it requires psychotherapy (mainly) and chemotherapy for the treatment. We still do not know very precisely how the cognitive, behavioral and biological levels interact to produce a certain

neurosis according to DSM and ICD (International Classification of Diseases^._____

Psychosislis characterized by the fact that: (1) often there is a marked dîstress on the subjective level. This is either because of a marked stressor (1.2 pathway, see fig.l) or because of a normal stressor that interacts with a biological predisposition (e.g. high secretion of dopamine, high reactivity of autonomie nervous system etc); (2) coping mechanisms in this case determine a qualitative change in the relationship between the human being and his environment (e.g. delusions). More than that, biological modifications (e.g. high secretion of dopamine etc.) due to the stressor produce other subjective modifications (e.g. hallucinations etc); (3) etiopathogeny is based on both biological and psychological mechanisms; (4) both chemotherapy (mainly) and psychotherapy are required for the treatment. We still do not know very precisely how cognitive, behavioral and biological levels interact to produce a certain psychosis according to DSM and ICD.

In other cases the problems of the patients are not at (or only at) subjective level (e.g. distress) but they are mainly at cognitive (e.g. delirium disorders), behavior (e.g. some forms of personality disorders) or biological level (e.g. some psychosomatic disorders). In this cases the conceptualization according to CBBS model starts from the most important aspects for the patient.

5. THE PROCESS OF THE COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

Shortly and didactically, we will present in a very synthetic manner the process of the experimental cognitive-behavioral therapy. We do not insist on the description of the phases of cognitive-behavioral therapy because you can find it in any book of clinical psychology or psychotherapy and also in our book "Cognitive-behavior therapy and hypnotherapy" (David, in press).

First phase (approximately 2-5 sessions). It supposes: (1) to establish a therapeutic relationship characterized by: working alliance, empathy, congruence, unconditioned acceptance and collaboration. It means to socialize the patient with the therapeutic milieu of cognitive therapy, to stress the importance of self-help homework assignments, to illustrate for the patient the relationship between cognition and emotion; (2) clinical diagnosis (e.g. mental disorder diagnosis, comprehensive picture of the patient's life, predisposition, symptomatology onset, maintaining factors and symptomatology description etc); (3) developing a set of problems to address to during the course of therapy; (4) setting priorities on the basis on which

problems are most distressing for the patient and which are most quickly amenable to therapeutic change.

As we mentioned before, a detailed and procedural description of these phases can be found in any handbook of psychotherapy and clinical psychology so that it isn't our intention to further detail this phase in this chapter. However, we insist here that a correct conceptualization of any clinical case must examine: (1) psychosocial or biological stressors; (2) how the stressors are processed at cognitive level; (3) biological and behavior modifications as a consequence of cognitive processing of stressors; (4) subjective modification as a consequence of modifications of cognitive, biological, behavior and cognitive levels. We remind here that cognitive and behavior levels determine the quality of the subjective state and that the biological level determines the intensity of the subjective state (also remember that if the biological modification is very intense-very high arousal- the subjective state will be a negative one no matter the cognitive and behavior aspects); (5) coping mechanisms at cognitive, behavior and biological levels.

Second phase (7-10 sessions -depending on the number of identified problems). It supposes focusing on specific problems formulated in behavioral terms by funcțional analysis. Funcțional analysis covers the next steps (see chapter 3 for details): (1) identifying the antecedents and the consequences of the behavior to be changed. The antecedents are represented by stimuli (place, time, events), maladaptive cognition (e.g. unrealistic expectancies etc), subjective state (e.g. negative etc), biological modification (e.g. pain, arousal of the autonomous nervous system etc). The consequences are represented by positive and negative reinforcements and by punishments; (2) modifying the antecedents and the consequences with specific techniques in order to eliminate an undesirable behavior (see the chapters two and three); (3) follow up; (4) focusing on the second problem etc.

Third phase (5-7 sessions). It supposes focusing and changing by means of specific techniques (e.g. changing maladaptive assumptions-chapter 2) general factors (such as cognitive style, general maladaptive cognitions, health behavior, biological predisposition etc.) that predisposed, influenced, started and maintained clinical disorders as a whole set of problems.

Fourth phase. It supposes the evaluation of the psychotherapy results ([e]-g- with the single-case experiment methodology) and the follow-up process.

SELECTIVE REFERENCES/BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Beck, A. T. (1976J. *Cognitive therapy and the emoţional disorders,* I.U.P., New-York. Bergin, A., & Garfield, L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavioral change,* J. W. & Sons, Inc., New York. David, D. (in press). *Cognitive-behavior therapy and hypnotherapy.* Eysenck, M., & Keane, M. (1990). *Cognitive Psychology,* LEA Publishers. Holdevici, I. (1996). *Elemente de psihoterapie,* Editura AII, Bucureşti. Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie,* Editura Ştiinţifică, Bucureşti. Kuhn, Th. (1976). *Structura revoluţiilor ştiinţifice,* Bucureşti, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică. Lazarus, R., & Lazarus, B. (1994). *Passion and reason. Making sense ofour emotion,* Oxford Press. McConnell, R. (1983). *Parapsychology in the context of science,* Oxford Press. Robin, R., Gosling, S., & Craik, K. (1999). *An empiricul analysis oftrends in psychology,* American Psychologist, 2, 117-128. Singer, J., & Schachter, S. E. (1962). *Cognitive, social and physiological determinants of emotion state,* Psychological Review, 63, 379 399. Stein, D., & Young, E. *(1992). Cognitive science and clinical disorders,* Academic Press, U.K. Vianu, I. (1975/ *Introducere în psihoterapie,* Edit. Dacia, Cluj Napoca.

Capitolul 2

TEHNICI DE INTERVENŢIE LA NIVEL COGNITIV

- Dan DAVID -

Chapter 2 is entitled "Intervention techniques at cognitive level". In this chapter, we present in details: cognitive restructuring techniques, problem solving techniques and stress inoculation training. For each technique we offer clinical examples from both our own clinical practice and the clinical literature. Key-words: cognitive therapy. Cuvinte cheie: terapie cognitivă.

INTRODUCERE

Odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice (vezi fig.l, c), simptomatologia tulburărilor psihice şi psihosomatice este menţinută şi amplificată prin intervenţia unor factori generali nespecifici, extrem de complecşi şi greu de controlat (vezi fig. 1, a şi b).

Interpretarea simptomatologiei de către pacient

LI

Figura 1. *Mecanisme etiopatogenetice în simptomatologia tulburărilor psihice şi psihosomatice.*

Astfel, dacă subiectul îşi interpretează simptomatologia într-un mod "negativ şi dezastruos" (vezi a în fig. 2), aceasta va duce prin intermediul stresului şi anxietăţii generate de această interpretare la amplificarea simptomatologiei. Spre exemplu, un pacient care îşi interpretează simptomele ca fiind "incontrolabile, de nerezolvat, ca expresii ale unei boli ascunse şj incurabile, de neînţeles, ca sfârşitul lui ca persoană normală deci sfârşitul carierei şi familiei etc", îşi generează stres şi anxietate prin mecanismul , discrepanţei cognitive (ex. "nu doresc să fiu considerat nebun dar uite că sunt; vreau să înţeleg ce se întâmplă cu mine dar nu pot" etc). Stresul şi anxietatea astfel generate pot amplifica simptomatologia, care, în unele cazuri, dacă nu ar fi fost prelucrată de subiect în mod exagerat şi negativ, nici nu ar fi fost prea intensă sau remarcată, dispărând odată cu trecerea timpului (ex. modificări în ritmul cardiac ca urmare a unui efort deosebit în cursul zilei).

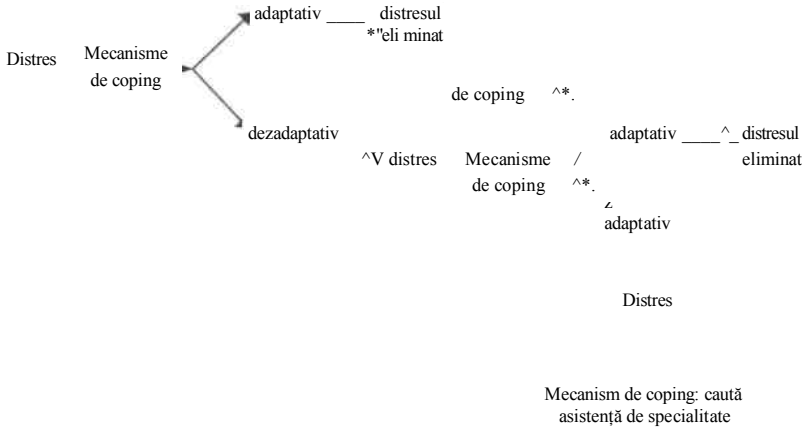


Figura 2. *Impactul mecanismelor de coping asupra evoluţiei simptomatologiei pacientului.*

{Jh-J Un al doilea factor extrem de important care amplifică I simptomatologia prin mecanismul descris mai sus este reprezentat dej^acţiilel ,mediului social la simptomatologie sau la performanţele scăzute ale pacientului determinate de simptome (b în fig. 2). Spre exemplu, ca urmare a 1 unor simptome (amnezie, leşin, anxietate etc.) grupul de prieteni şi cunoscuţi I încep să evite pacientul, nu îl mai antrenează în activităţi comune etc. în 1 consecinţă, prin mecanismul discrepanţei cognitive (ex. "vreau să fiu cu ei dar | nu pot, vreau să fiu acceptat de ei dar nu ei nu mă acceptă, vreau să reuşesc în ceea ce fac dar nu fac faţă sarcinilor" etc), stresul şi anxietatea astfel generate amplifică simptomatologia. Acelaşi lucru se întâmplă în cazul în care j performanţele se reduc ca urmare a simptomelor. în cazul unor simptome

evrotice, capacitatea pacientului de concentrare se reduce drastic. în onsecinţă, performanţele sale scad, antrenând critici şi observaţii din partea celorlalţi (ex. şeful). Aceste noi conflicte amplifică în fapt şi menţin •mptomatologia deja existentă, putând adăuga chiar elemente noi.

/^Vacientul nu este o bilă inertă. El încearcă să facă faţă simptomatologiei elaborând o serie de î mecanisme de coping (fig. 2). Dacă acestea sunt adaptative (ex. renunţă la unele sarcini, reducâncl stresul etc), totul este O.K., pacientul ameliorându-şi sau rezolvându-şi singur problemele. Dacă apelează la mecanisme de coping dezadaptative, acestea pot să-i menţină sau să-i amplifice simptomatologia sau să-i genereze simptome noi. (ex. consumul de alcool ca mecanism de coping în cazul anxietăţii poate genera probleme noi în familie, la serviciu etc). Apelul la asistenţă de specialitate trebuie văzut ca un mecanism de coping pe care îl utilizează pacientul pentru a face faţă distresului care însoţeşte simptomatologia.

Atunci când întâlnim un pacient, adesea simptomatologia lui este un amestec heterogen de aspecte subiective (emoţionale), cognitive, comportamentale şi biologice, unele având funcţia de cauze ale stărilor |,>^ subiecte altele de $ mecanisme de coping (vezi cap. 1 pentru detalii). Prima fază a intervenţiei psihoterapeutice presupune diagnosticul şi evaluarea clinică. Apoi, pe baza acestor informaţii, se trece la faza de conceptualizare în care se oferă pacientului o explicaţie sau o interpretare pentru simptomele sale. Desigur, pacientul are propria lui interpretare care poate opune rezistenţă explicaţiei oferite de psihoterapeut. De aceea este foarte important ca .explicaţia oferită de terapeut să fie acceptată de pacient si să-i ofere o perspectivă comprehensibilă aşurjra simptorflatologiei şi aşimia-Qiodalităţii de; eliminare a jjQesteia. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, atunci aceasta este descompusă în prohlemg ?Jlg£jfj(Qg rare vor fi atacate fiecare în parte. Abordarea acestor probleme se face pe baza modelului oferit în capitolul 1 (CBBS) şi care angaja o analiză multinivelară a subiectului uman la cele patru nivele: subiectiv, cognitiv, comportamental şi biologic. Spre exemplu, atunci când atacăm o problemă a pacientului se porneşte de la aspectele subiective care îl deranjează pe pacient. Apoi căutăm cauzele şi mecanismele de coping la care apelează subiectul vis-a-vis de starea respectivă. Astfel, cât priveşte cauzele, căutăm stresorii psihosociali, modul în care ei sunt prelucraţi la nivel cognitiv, consecinţele acestor Prelucrări la nivel comportamental şi biologic, precum şi modificările comportamentale sau biologice care preced apariţia trăirii subiective. Ştim că [st]are subiectivă este generată de toate aceste antecedente în care factorii cognitivi şi comportamentali determină calitate trăirii iar cei biologici (starea [de] activare fiziologică) intensitatea trăirii. Apoi investigăm care sunt mecanismele de coping la care apelează subiectul pentru a face faţă trăirii subiective negative. în funcţie de aspectele diagnosticate vom interveni la

nivelul modificărilor cognitive, comportamentale şi biologice care prec starea subiectivă sau la nivelul mecanismelor de coping care succed aceas stare în scopul eliminării acesteia. Această schemă de intervenţie este valabil mai ales dacă simptomele "subiectului sunt dominate de trăirile subiectiv? negative pe care le experienţiază (ex. în tulburări nevrotice, unele tulbură;, psihotice etc). Dacă problemele sunt predominant de ordin comportamente! (ex. diverse forme de psihopatie) sau cognitiv (ex. în tulburări delirante), atunci în conceptualizarea cazului pornim de la analiza acestor nivele respectând însă modalităţile de interacţiune a nivelelor descrise în modelul CBBS (vezi cap.l). Toate aceste etape se realizează pe fondul unei relaţii terapeutice descrise în capitolul 1. După aceste etape urmează intervenţia psihoterapeutică prin tehnici specifice.

Tehnicile de intervenţie psihoterapeutică se împart în te]rnici_d intervenţie specifice şi ritualuri terapeutice. Pentru a fi eficace, ele trebuie s apară ca o continuare firească a explicaţiei/interpretării terapeutice avansate, (vezi cap.l). I

Tehnicile de intervenţie specifice vizează mecanismele etio-f patogenetice specifice (vezi fig.2, c) care au generat simptomatologia. Ele se, împart în: ,

1. tehnici de intervenţie la nivel cognitiv (vezi cap. 2);
2. tehnici de intervenţie la nivel comportamental (vezi cap. 3);
3. tehnici de intervenţie la nivel biologic (vezi cap.4). *Ritualurile terapeutice* se referă la acele tehnici de intervenţie care]

sunt o continuare a explicaţiei terapeutice avansate şi reduc simptomatologia, fără a interveni însă la nivelul mecanismelor etiopatogenetice specifice. Ele au rolul medicaţiei placebo în practica medicală, intervenind probabil la nivelul modului în care subiectul îşi interpretează simptomatologia şi intervenţia terapeutică, deci asupra factorilor etiopatogenetici nespecifici (a şi b în fig. 2). Sigur, orice tehnică de intervenţie specifică este şi un ritual terapeutic, dar inversa nu este adevărată. Ca ritualuri terapeutice pot fi angajate orice tehnici despre care pacientul crede - în lumina explicaţiei avansate (mitul terapeutic) - că pot să-i reducă simptomatologia. Intr-o tulburare psihologică, o tehnică poate juca rol de ritual terapeutic iar în alta de tehnică de intervenţie specifică. Definirea unei tehnici terapeutice la un moment dat ca ritual sau tehnică de intervenţie specifică depinde deci de impactul acesteia asupra mecanismelor etiopatogenetice specifice ale tulburărilor psihologice şi psihosomatice ţintă.

TEHNICI DE INTERVENŢIE COGNITIVĂ

Termenul de cogniţie circulă în literatura de specialitate cu mai suri în lucrarea de faţă, el desemnează conţinuturi şi prelucrări multe sen ■ Conţmuturile informaţionale se referă la gândurile noastre, inforIliatlo erceptii motivaţii ^Reprezentări. Prelucrările informaţionale se imagini, P ^^ continuturilor informaţionale guvernată de reguli. refer te reguli pot frformalizate prin dubletul dacă/atunci.

Prelucrare informaţională:
Conţinuturi informaţionate:

*Dacă toată lumea mă evită, atunci nu merit să trăiesc.

Ex. Sunt cel mai bun, toată lumea mă evită etc.

*Ca să fiu cel mai bun, trebuie să dau tot ce pot. (Formalizat: Dacă vreau să fiu cel mai hun, arunci trebuie să dau tot ce pot). _____

Tehnicile de intervenţie la nivel cognitiv se clasifică în trei categorii.

(I) tehnici de reşpjţcţjwOL-cagniţim^ K\e vizează modificarea cognitiilor d^"^^ **1 ■ ^I^A^J^I**

cml fie 1) Altfel spus, problema psihologică gd^crep^ntOQgrnţivaJI generatoare de distres rezidă în modul eronat în care subiectul interpretează situaţiile din realitate, interpretare care intră în discrepanţă cu aşteptările şi dorinţele subiectului. Tehnicile de restructurare cognitivă modific^jnoduljiL care subiectul .interpretează, realitatea,^ rediwândjiiafirsEanta jagnitlxLsuiL. consecinţă distresul. , _____ . _____ ----- 7^ c,

(2) *tehnica reiohTarTTdTproBţeme _ |T antrenamentul asertiv)* ble urmăresc modificarea situaţiilor generatoare de riistrenanfl-JySBiSvj* din realitatea extemfiTcadrul mecanismului 1.2.9. (vezi cap.l). In acest caz problema psihologică sau discrepanţa cognitivă rezidă în-faptul că subiectul nu are abilităţile necesare rezolvării unor situaţii din realitate pentru a le adapta expectantelor şi necesităţilor lui, aceasta generând o discrepanţa cognitivă între ce aşteaptă subiectul şi ce se întâmplă în realitate. Tehnica rezolvării de probleme şi antrenamentul asertiv îl învaţă pe subiect cum^, controleze situaţiile din realitate, eliminând discrepanţa cognitivă şi distresul asociat acestea. _—,. - „. - ■—. .—rs-c

(3Jtehnica inoculării stresului (SIT-stress înnoculatign traimngjj za. vizează modificarea WanismelOTjLe, coping dezadaptativ emoţional, in cadrul mec^slnulunoX(veriWl). In acest caz, cauza situaţiei de distres nu poate fi eliminată dar subiectul poate fi învăţat cum să se adapjeze^şjţiiatia. respective diminuând sau chiar eliminând starea neplăcută ăTdistres. Aceasta se realizează prin eliminarea mecanismelor de coping dezadaptative care

amplifica şi menţin starea de distres şi asimilarea unor mecanisme de copB adaptative ce reduc distresul. în modificarea mecanismelor de copitjj utilizăm, pe lângă tehnici specifice -(vezi mai jos SIT), şi tehnicile d restructurare cognitivă, rezolvarea de probleme şi antrenamentul asertiv, <f într-un context diferit. Astfel, tehnica restructurării cognitive vizează, în ace caz, nu modul în care subiectul percepe realitatea externă ci modul eronat care îşi percepe starea de distres nemodificabilă. Tehnica rezolvării d probleme şi antrenamentul asertiv vizează nu modul de control al situaţiil din realitatea externă ci modul de control şi gestionare ale stării de distres.

Rezumând, ca urmare a interacţiunilor dintre sistemul nost cognitiv şi stimulările din mediul intern şi extern pot apare discrepant cognitve generatoare de distres. Eliminarea acestor discrepanţe cognitive se poate face prin modificarea celor doi factori implicaţi: (1) sistemul cognitiv sau (2) stimulii din mediu. Dacă intervenim la nivel cognitiv pentr eliminarea discrepanţei atunci utilizăm tehnici de restructurare cognitivă. Dacă intervenim la nivelul mediului pentru eliminarea discrepanţei atunci utilizăm tehnici de rezolvare de probleme şi antrenament asertiv. Uneori estei imposibilă eliminarea factorilor generatori ai discrepanţei cognitive (ex.J moartea unei persoane apropiate poate genera o discrepanţă de genul următor:! "vreau să trăiască dar ea este moartă"). în acest caz, pentru a reduce stare de' distres generată de această discrepanţă nemodificabilă obiectiv, se utilizează! tehnica innoculării stresului. J

TEHNICI DE RESTRUCTURARE COGNITIVĂ

Prelucrările informaţionale se clasifică în două mari tipuri: descendente şi ascendente. *P^elucrările^Jnformaţionaledes* sunti influenţate de baza de cunoştinţe a subiectului; ele sunt cognitiv penetrabile adică pot fi modificate prin tehnici de intervenţie psihoterapeutică. *Prelucrările informaţionale^^ascendente* sunt implicate în formarea reprezentării senzoriale a realităţii interne sau externe şi sunt influenţate şi declanşate de caracteristicile fizice ale stimulilor externi sau interni; cel mai: adesea ele sunt cognitiv impenetrabbile adică nu sunt modificabile prin tehnici de intervenţie cognitivă -cel puţin la acest nivel al dezvoltării la care a ajuns psihoterapia cognitiv-comportamentală-.

Subiectul uman în interacţiunea sa cu realitatea nu este un participant pasiv, el contribuind activ la reprezentarea realităţii. Această participare activă se realizează prin intermediul prelucrărilor informaţionale descendente.

Prelucrările informaţionale descendente influenţează prelucrarea realităţii interne sau externe în două moduri. în primul rând, ele contribuie împreună cu procesele informaţionale ascendente la *reprezentarea lingvistică, semantică, imagistică şi senzorială* a realităţii (ex. procesul de categorizare,

•buJrea cauzelor comportamentului şi activării fiziologice, atribuirea de atn hete lingvistice etc). în al doilea rând, procesările descendente et fluenţează reprezentarea realităţii prin predicţiile pe care le generează pe î" experienţei anterioare asupra acestei realităţi. Predicţiile referitoare la 0dul cum trebuie să arate realitatea se concretizează în *expectanţele şi redinţele noastre* care influenţează modul de stocare şi prelucrare ulterioară reprezentării realităţii odată formate.

Dacă apare o discrepanţă între reprezentarea realităţii interne/ externe şi expectanţele, motivaţia şi credinţele noastre actuale despre cum trebuie să arate acea realitate, atunci avem o discrepanţă cognitivă externa/internă care va determina modificări ale sistemului nervos vegetativ la nivel biologic cu implicaţii asupra simptomatologiei psihosomatice. Interacţiunea dintre modificarea fiziologică şi prelucrările informaţionale implicate în discrepanţa cognitivă generează starea emoţională. Dacă discrepanţa corespunde însă cu expectanţele, motivaţia şi credinţele noastre ideale, atunci vom experienţia o stare emoţională pozitivă. Dacă discrepanţa nu corespunde cu expectanţele, motivaţia şi credinţele noastre ideale, atunci vom experienţia o stare emoţională negativă. Lipsa discrepanţei cognitive duce şi ea la o stare emoţională pozitivă caracterizată mai corect ca o dispoziţie afectivă pozitivă decât ca o emoţie intensă propriu zisă.

în concluzie, discrepanţa cognitivă internă/externă se poate datora: (l)unei reprezentări eronate a realităţii interne sau externe datorită unor disfuncţii la nivelul proceselor informaţionale ascendente şi descendente implicate în reprezentarea cognitivă a realităţii: (a) inferenţa arbitrară a unei concluzii fără a avea date suficiente, (b) generalizarea exagerată a concluziei, \ (c) procesarea selectivă a realităţii, (d) stil cognitiv dihotomic, (e) exagerarea sau minimalizarea semnificaţiei unor evenimente, (f) atribuiri eronate cu referire la cauza unor fenomene din realitate, (g) etichetarea neadecvată a situaţiei din realitate;

(2) unor expectanţe, motivaţii şi credinţe_jierealiste^ vis a vis de realitatea internă sau externa, caracterizate de un stil absolutist, imperativ, rigid, inflexibil, iraţional (ex. "trebuie", "totdeauna", "oricând"). Exemple: (a) dacă vreau să fiu respectat, atunci trebuie să fac totul perfect, altfel sunt un ratat; (b) vreau ca totdeauna să fiu primul; (c) niciodată nu trebuie să tremur etc.

Pentru eliminarea acestei discrepanţe cognitive se propun tehnici de restructurare cognitivă care urmăresc:

(1) identificarea şi modificarea conţinutului şi proceselor *y* rntormaţionale descendente dezadaptative implicate în reprezentarea realităţii;

(2) identificarea/modificarea credinţelor şi proceselor "rformaţionale descendente care generează predicţii dezadaptative faţă de realitate precum şi a motivelor refulate în dezacord cu constrângerile

realităţii. Altfel spus, eliminăm discrepanţa cognitivă internă/externă (din reprezentarea realităţii şi modul în care subiectul se aşteaptă să arate realitj respectivă) fie prin modificarea modului în care subiectul îşi reprezin realitatea fie prin modificarea expectanţelor subiectului despre cum trebuie arate realitatea respectivă.

Un alt tip de discrepanţă este cel care apare între credinţele noaştj pe de o parte şi dorinţele şi motivele pe care le avem pe de altă pattj discrepanţă cogrrrrîva" internă'. In condiţiile în care dorinţele şi motivel noastre sunt în contradicţie unele cu altele (ex. conflictele atracţie-atracţie atracţie-respingere, respingere-respingere etc.) sau cu credinţele noastre şi/stđ normele sociale, ele vor genera un conflict care se rezolvă prin represii dorinţelor şi motivelor care generează conflictul. Este mecanismul <jj instalare a nevrozelor şi a altor tulburări psihice descris de psihanalu freudiană şi postfreudiană (ex. psihanaliza eului şi a supraeului). Pe scur conflictul nu apare între noi şi realitate ci în interiorul nostru (motive) noastre sunt incompatibile unele cu altele sau motivele noastre sui incompatibile cu normele şi credinţele pe care le avem). Intervenţi terapeutică în acest caz constă în identificarea şi modificarea dinamicii aceşti *fi* conflict prin identificarea şi modificarea elementelor componente (moti\! refulate, norme de conduită şi credinţe în baza cărora pacientul nu accepli conştientizarea motivelor, mecanismele de apărare angajate de subiect) prii tehnici de restructurare cognitivă.

l~ In concluzie, tehnicile de restructurare cognitivă vizează modificare! conţinuturilor şi prelucrărilor informaţionale dezadaptative conştiente...] inconştiente. în restructurările cognitive avem următoarele etape realizate prii tehnici de intervenţie terapeutică specifice: -_.-'-'""" ~~1. identificarea conţinutului informaţional dezadaptativ conştiedj (care poate fi verbalizat de către subiect chiar în condiţiile în care iniţial el se desfăşura automat-ex. deprinderile);

2. modifiearea-«onţinutului informaţional dezadaptativ conştient;
3. blocarea—influenţei inconştiente a conţinutului informaţionali dezadaptativ şi asimilarea conţinutului informaţional adaptativ;
4. identificarea, modificarea şi blocarea proceselor informaţionala dezadaptative conştiente (sau conştientizabile) şi inconştiente care generează conţinutul informaţional dezadaptativ conştient.

Procesele informaţionale inconştiente pot genera atât conţinutuijj informaţionale conştiente (vezi expresiile lingvistice etc.) cât şi conţinutul"» informaţionale inconştiente (vezi reprezentarea stimulilor subliminali etc.)J Procesele informaţionale conştiente la rândul lor pot genera atât conţinuturi! informaţionale conştiente (vezi raţionamentul logic etc.) cât şi conţinuturi! informaţionale inconştiente (vezi fenomenul de amorsaj repetitiv);

5. identificarea, modificarea şi blocarea conţinutului şi proceselor nformaţionale dezadaptative inconştiente.

în funcţie de diagnosticul clinic, mai precis de mecanismele cognitive identificate ca şi cauze ale simptomelor, intervenţia cognitivă presupune (a) etapele 1, 2, 3, 4, 5; (b) etapele 1, 2, 3, 4; (c) etapa 5.

ETAPA 1 /^—------- -.

Tehnici de{jdentificare) a conţinuturilor informaţionale conştiente sau conştientizabile

(a). *Tehnica întrebărUor^di[e£ţe*

Pacientul este întrebat direct la ce se gândeşte atât înainte cât şi atunci când experienţiază o stare emoţională negativă.

Ex.: "La ce te gândeşti atunci când îţi vine rău?", "Ce îţi trece prin minte imediat înainte de a ţi se face rău?".

(b). *Tehnica imageriei dirijate (contraindicată în tulburări obsesiv-compulsive şi psihoze)*

Dacă pacientul nu reuşeşte să-şi identifice conţinuturile informaţionale utilizând prima tehnică, atunci prin tehnica imageriei dirijate pacientul este rugat să-şi amintească şi apoi să-şi imagineze cât mai real o situaţie generatoare de distres. Apoi se descrie cât mai acurat situaţia respectivă pacientului şi observăm cât mai atent reacţiile lui emoţionale. Când apare reacţia emoţională, pacientul este întrebat la ce se gândeşte în momentul respectiv.

Exemplu.

Pacientul: Nu pot să vorbesc în faţa colegilor mei. Ori de câte ori încerc acest lucru, mă pierd şi mă încurc, făcându-mă de ruşine.

Terapeutul: Te gândeşti la ceva anume când se întâmplă asta? Ce îţi trece prin minte atunci?

P: Nimic sau poate ceva rău.

T: Ce anume?

P: Nu pot să-mi amintesc exact.

T: Bine, hai să facem un exerciţiu pentru a reuşi să-ţi aminteşti la ce [te] gândeşti în momentele respective.

P: O.K.

T: Aş vrea să te relaxezi şi să închizi ochii. Acum imaginează-ţi cât mai clar că te afli în faţa colegilor tăi, urmând să le prezinţi un referat. Descrie-mi unde eşti şi ce se întâmplă.

P: (Descrie sala de curs, colegii, catedra, materialele). Mă simt ca [dr]acu, îmi vine rău, trebuie să plec de aici.

T: La ce te gândeşti acum?

P: Cred că vor râde, îşi vor bate joc de mine şi de prezentarea mea.

pleci? T: Crezi că aceste gânduri sunt un motiv suficient să te determine

P: Cred că da.

(c). *Tehnica jocului de rol*

Această tehnică este indicată atunci când:

- pacientul are probleme de interacţiune socială;
- pacientul nu reuşeşte să conştientizeze conţinutul informaţion dezadaptativ.

în acest caz, terapeutul joacă rolul unei persoane cu care pacientu are dificultăţi de relaţionare, iar pacientul joacă propriul rol. Această tehnic' îl va ajuta pe pacient să-şi conştientizeze conţinuturile informaţional dezadaptative care îi afectează performanţa în viaţa cotidiană. **(d). *Tehnica observării pacientului în cursul terapiei*** Orice schimbare a stării emoţionale este o ocazie de a chestio" pacientul cu privire la ce se gândeşte în momentul respectiv.

(e). *Tehnica înregistrării zilnice a conţinuturilor informaţiona dezadaptative*

In acest caz, pacientul este rugat să completez formularul de mai j în perioada dintre şedinţele terapeutice ori de câte ori experienţiază o situat emoţională negativă, având astfel o imagine comprehensivă şi exhausti asupra conţinuturilor dezadaptative ale subiectului în condiţii ecologice.

SITUAŢIA	Descrierea evenimentului extern care a declanşat distresul
	Descrierea evenimentului intern (senzaţii fizice, gânduri, imagini) care a declanşat distresul
TRĂIREA EMOŢIONALA	Tipul de emoţie (anxios, supărat etc.)
	Intensitatea emoţiei pe o scală 1-100
CONŢINUTUL INFORMAŢIONAL DEZADAPTATIV	Descriere
	In ce măsură le consideraţi adevărate pe o scală 0-100
	Descriere
CONŢINUTUL INFORMAŢIONAL ADAPTATIV CARE AR TREBUI SĂ ÎNLOCUIASCĂ CONŢINUTUL INFORMAŢIONAL DEZADAPTATIV	In ce măsură le consideraţi adevărate pe o scală 0-100
REZULTATE	în ce măsură consideraţi adevărat conţinutul informaţional dezadaptativ pe o scală de la 0-100
	Tipul de emoţie şi intensitatea acesteia resimţite acum

(f). *Tehnica inferenţei terapeutice*

în cazul în care nu pot fi identificate clar (subiectul are sentimentul că ştie» dar îl este greu să verbauzeze sau verbalizează parţial) conţinuturile informaţionale dezadaptative într-o situaţie ţintă prin tehnicile prezentate anterior, atunci terapeutul, pe baza informaţiilor achiziţionate despre situaţia ţintă şi despre reacţiile subiectului, elaborează împreună cu pacientul conţinutul informaţional dezadaptativ posibil.

Această tehnică este una non-directivă şi nu trebuie confundată cu tehnicile în care terapeutul încearcă să impună pacientului propriul punct de vedere.

Exemplu, (tehnici eronate de presiune asupra pacientului pentru identificarea conţinuturilor informaţionale dezadaptative).

P: Nu pot vorbi în faţa unei clase fără să mă bâlbâi şi fără să mă încurc.

T: De ce?

P: Nu ştiu.

T: Probabil te gândeşti că ceilalţi vor râde de tine.

P: Poate, nu sunt sigur.

(g). *Tehnica asociaţiilor libere*

Se cere pacientului să verbalizeze toate evenimentele care îi vin în minte fără nici o restricţie, pornind de la amorsele prezentate de terapeut şi care sunt legate de simptomatologia pacientului. Se înregistrează aceste evenimente urmând apoi să fie utilizate în procesul de interpretare a simptomatologiei pacientului, identificându-se: motivele dezadaptative, componentele realităţii sau structurile cognitive cu care acestea vin în conflict, mecanismele de coping pe care le angajează pacientul.

ETAPA 2

Tehnici de modificare a conţinuturilor informaţionale dezadaptative.

Tehnicile de modificare a conţinuturilor informaţionale dezadaptative în terapia cognitiv-comportamentală experimentală (TCCE) au fost elaborate în strânsă legătură cu poziţia epistemologică a autorului acestor tehnici.

Epistemologia este ştiinţa care se ocupă de:

- sursa cunoştinţelor noastre,
- existenţa unei realităţi în afara subiectivităţii noastre şi mijloacele de cunoaştere a ei,
- validitatea cunoştinţelor noastre.

Din punct de vedere epistemologic, există trei aspecte majore ale '-CE: (1) raţionalismul; (2) empirismul; (3) constructivismul.

Raţionalismul

Raţionalismul îşi are originea în Grecia Antică (Pitagora, Aristotd Platon) şi în secolul XVII-XVIII (Descartes, Leibnitz, Spinoza). Nucleul tar al acestei perspective filozofice este următorul:

- sursa cunoştinţelor noastre este raţionamentul deductiv şi logi pornind de la adevăruri universale independente de experienţ apriori, neschimbabile, absolute;
- realitatea este partea stabilă care se ascunde dincolo de realităţii perceptuale imediate; ea poate fi cunoscută doar cu ajutorul acesto adevăruri universale;
- cunoştinţele valide sunt doar acelea care sunt logic consistente 9 corespund unor standarde recunoscute de adevăr, raţiune.

în TCC raţionalismul este reprezentat de tehnicile elaborate de A. Ellis (1962). EUis consideră conţinuturile informaţionale dezadaptativl conştiente sau conştientizabile (specific irrational beliefs) şi procesela informaţionale dezadaptative conştiente sau conştientizabile (irrational beliefs) răspunzătoare de problemele emoţionale ale subiecţilor.

Procesările informaţionale dezadaptative se împart în trei categorii caracterizate de mai multe stiluri cognitive.

Pattemul (1): Trebuie să dau tot ce pot în ceea ce fac şi să câştig simpatia tuturor, altfel sunt o persoană care nu merită nimic;

Pattemul (2): Ceilalţi trebuie să să mă trateze cinstit şi corect, altfel trebuie pedepsiţi;

Pattemul (3): Condiţiile mele de viaţă trebuie să fie astfel organizate! încât fără mare efort şi frustrare să ating toate obiectivele importante ale vieţii.

Aceste procesări informaţionale dezadaptative generează conţinuturi informaţionale dezadaptative la interfaţa cu evenimente specifice. Pentru, modificarea conţinuturilor informaţionale dezadaptative, Ellis a elaboraţi tehnici de terapie raţional-emotivă.

Tehnicile de terapie raţional-emotivă modifică conţinutul! informaţional dezadaptativ al pacientului într-o manieră directă şi asertivă, cerându-i acestuia să explice raţiunea şi logica acestora. Pentru a putea realiza eficace o astfel de intervenţie este foarte important ca terapeutul să cunoască] foarte bine logica, retorica şi teoria argumentării (ex. erorile de raţionament etc). Se insistă asupra: argumentării defectuoase în favoarea unor credinţe iraţionale pe care o face pacientul, explicaţiei eronate pe care o angajează pacientul faţă de propriile simptome, ^ontFadicţiUe din gândirea lui şi premisele iraţionale şi absolutiste pe care le utilizează în prelucrarea realităţii în care trăieşte.

Exemplul 1. Tehnica analizei logice a argumentării pacientului

P: întotdeauna trebuie să dau tot ceea ce pot în ceea ce fac.

T: Ţi se pare raţional ceea ce afirmi?

P:Da.

T: Poţi să-mi argumentezi acest lucru?

P: Asta mă ajută să fiu cel mai bun în tot ceea ce fac.

T: Mă îndoiesc că întotdeauna eşti cel mai bun în ceea ce faci.

P: Ai dreptate, uneori nu reuşesc.

T: Mai înainte îmi spuneai totuşi că dacă dai tot ceea ce poţi eşti cel mai bun în tot ceea ce faci.

P: Poate că este exagerat să spun asta.

T: Raţional mi se pare că ar fi bine să fii cel mai bun doar în domeniile care te interesează în mod deosebit. Altfel te epuizezi. Biologic resursele noastre sunt limitate, de aceea este bine să avem grijă cum le distribuim.

P: Pare logic.

T: Nu pare logic, este logic. Şi tot logic mi se pare că ar fi bine să dai tot ceea ce poţi pentru a mări eficienţa terapiei şi a remite simptomatologia pe care o ai.

P: Da, aşa este

Exemplul 2. Tehnica analizei explicaţiei pacientului

P: Insomnia mea apare din cauza depresiei pe care o am. T: De unde ştii că ai depresie? P: Păi nu pot să dorm, nu am chef să fac nimic. T: Din punct de vedere logic ceea ce spui este o tautologie, fără valoare explicativă.

P: Cum adică?

T: Insomnia nu apare din cauza depresiei ci depresia constă tocmai în insomnia pe care o ai.

P: A, şi atunci de ce nu pot să dorm? Ce se întâmplă de fapt?

T: Urmează să identificăm cauzele (se va arată pacientului analiza funcţională) şi să aplicăm tratamentul adecvat.

Exemplul 3. Tehnica socratică.

Ea porneşte de la metoda utilizată de Socrate care pentru a convinge auditoriul că anumite credinţe ale lor erau greşite arăta că din ele pot deriva °gic consecinţe incompatibile unele cu altele. Aceasta înseamnă că premisa Credinţa de start) era greşită-

P: Toate lumea râde de mine şi mă desconsideră. Nimeni nu este [lnt]eresat de mine.

T: Ce consecinţe derivă de aici (Ce înseamnă asta?).

P: Mă simt fără valoare, mă simt singur şi neajutorat.

T: Cum te simţi acum, singur?

P: Păi nu, dv. sunteţi aici şi încercaţi să mă ajutaţi.

T: Dar înainte îmi spuneai că nimeni nu este interesat de tine.

P: Nu chiar nimeni, dar mulţi.

T: Bun asta înseamnă că totuşi cuiva îi pasă de tine.

P: Da, poate.

Exemplul 4. Tehnica relativizării cunoştinţelor dezadaptative Jţ-

Ellis arată că psihopatologia este strâns legată de gânduri absolut formulate în termeni de "trebuie", "oricând", "totdeauna" etc. Ele tre" înlocuite cu termeni mai flexibili de genul "mi-ar plăcea", "aş dori", vrea", " de multe ori", "uneori" etc. Acest lucru are două consecinţe pozit (1) creşte probabilitate ca aceste gânduri să fie confirmate de realitate şi se reduce probabilitatea discrepanţei cognitive şi (2) în condiţiile în care sunt confirmate de realitate, deşi produc discrepanţă cognitivă, ele genere trăiri emoţionale negative constructive în raport cu cele generate de cogniţi absolutiste (ex. tensiune versus anxietate, supărare versus depres nemulţumire versus vină, furie versus agresivitate etc). P: Viaţa trebuie să fie uşoară. T: De ce trebuie să fie uşoară? P: Fiindcă trebuie, aşa este bine? T: De ce este bine? P: Aşa trebuie, aşa este plăcut?

T: Din punct de vedere logic ţi se pare corectă argumentarea ta I întrebările mele? (se arată că argumentarea este invalidă logic). Poate că ar mai bine să spunem ceva de genul că "mi-ar plăcea sau mi-aş dori ca viaţa 3ţ fie uşoară".

P: Da. Asta am vrut să spun şi eu.

Empirismul

Empirismul îşi are rădăcinile în filozofia lui Locke, Berkeley Hume. Asumpţiile fundamentale ale acestei orientări sunt:

- sursa cunoştinţelor noastre este raţionamentul inductiv pornind la experienţa cotidiană;
- există o singură realitate stabilă, sursă a cunoştinţelor noastre;
- cunoştinţele valide sunt cele care corespund realităţii obiective. în

TCC empirismul este reprezentat de tehnicile elaborate de Bec! (1976) şi de psihologia cognitivă experimentală. Ca şi Ellis, Beck consider că, conţinutul informaţional dezadaptativ şi procesările informaţional dezadaptative în reprezentarea realităţii sunt sursa unor tulburări emoţionald Pentru modificarea lor, Beck optează în favoarea unor tehnici mai puţ

jrect;ve, bazate pe o colaborare strânsă între terapeut şi pacient în care onţinuturile şi procesările informaţionale dezadaptative simt permanent.....

r/unt?!'* ™ laţele din realitate îavederea srhimhării \cy_r *(a).*

Tehnica listei -isr

în acest caz, subiectul este rugat ca în baza examinării experienţei sale de viaţă să identifice şi să noteze evenimentele care susţin conţinutul informaţional dezadaptativ şi evenimentele care infirmă conţinutul informaţional dezadaptativ. După ce observă că lista care infirmă conţinutul informaţional dezadaptativ este mai mare decât lista evenimentelor care-l confirmă, de obicei subiectul consideră conţinutul informaţional dezadaptativ ca fiind fals. Aplicarea acestei tehnici este strâns legată de abilitatea şi experienţa terapeutului, care din discuţiile anterioare cu pacientul şi/sau aparţinătorii intuieşte că evenimentele care infirmă conţinuturile informaţionale dezadaptative sunt mai numeroase decât cele care le confirmă. Dacă în structura conţinuturilor dezadaptative apar termeni absoluţi ca: "trebuie", "oricând", "orice", "oriunde", atunci tehnica are mari şanse de reuşită. în acest caz, chiar dacă lista evenimentelor care infirmă conţinutul dezadaptativ nu este mai mare ca cea a evenimentelor care îl confirmă, cel puţin ele slăbesc încrederea pacientului în credinţele absolutiste de genul: "oricând", "de fiecare dată" etc.

(b). Tehnica experimentului •%-

în acest caz, pentru a testa validitatea conţinutului informaţional dezadaptativ se realizează un miniexperiment chiar în cursul şedinţei.

Exemplu.

P: Nu mă pot concentra deloc, absolut la nimic.

T: Cum crezi că am putea verifica lucrul acesta?

P: Ştiu eu, poate încercând să citesc ceva.

T: Bine, uite, aici am ziarul de azi. Ce subiect preferi să citeşti de obicei?

P: îmi plac secţiunile economice.

T: Uite, aici este un articol despre inflaţie. Crezi că vei reuşi să citeşti ceva din el?

P: Nu cred, mi-e greu să mă concentrez... sau poate primele rânduri.

T: Bine, hai să încercăm. Citeşte până când simţi că nu te mai poţi concentra deloc asupra articolului.

P: (Citeşte întregul articol.) Am terminat.

T: Cât ai citit?

P: Am citit întregul articol.

T: înainte spuneai că nu te poţi concentra deloc la nimic. Cum crezi că stau lucrurile?

P: Bine, am exagerat puţin. De fapt nu reuşesc să mă concentrez la fe' de bine ca înainte.

T: Cred că ai dreptate şi pornind de la abilităţile de concentrare care le ai, vom îmbunătăţi capacitatea ta de concentrare.

(c). Tehnica operaţionalizării constructelor

Este foarte important să operaţionalizăm constructele negative care subiectul şi le atribuie ("Sunt un prost, incapabil, laş, etc"). Aceas deoarece aceste constructe sunt de fapt etichete lingvistice care acoperă mulţime de comportamente. Este foarte probabil ca subiectul să îşi atribu această etichetă doar în baza realităţii unui număr redus de comportamente care această etichetă le acoperă ("Sunt laş pentru că nu am răspuns ironii! colegilor"). Dar consecinţele emoţionale ale acestui construct sunt expresi întregului spectru de comportamente pe care această etichetă le poate acoper în principiu (ex. "Sunt laş pentru că nu am răspuns ironiilor colegilor, nu a răspuns la lovituri, am părăsit un prieten la greu etc"). Pentru a împiedic acest lucru, pacientul trebuie să înţeleagă că a fi laş în cazul lui înseamnă do că nu a răspuns ironiilor colegilor, şi nu mai mult.

(d). Tehnica reatribuirii

în acest caz, conţinutul informaţional negativ este schimbaţi modificând cauzele care au generat acest conţinut prin procesul de reatribuire.

Exemplu.

P: Nu merit să trăiesc fiindcă toţi îşi bat joc de mine şi nimeni nu mi apreciază.

T: Poţi să-mi detaliezi?

P: Uite, la serviciu de exemplu, şefii mei mă desconsideră şi aii dreptate să se comporte urât cu mine, fiindcă nu sunt bun de nimic.

T: Ce fel de oameni sunt şefii tăi?

P: Sunt duri, şi unii sunt bădărani.

T: Cum se comportă cu ceilalţi colegi de-ai tăi?

P: Unii îşi bat joc şi de ei.

T: Poate acesta este stilul lor de a se comporta urât şi agresiv cu toatăl lumea, în special cu tine.

P: Da, poate că ai dreptate.

(e). Tehnica identificării inconsistenţei logice şi a contradicţiilor (vezi şi tehnica socratică din abordarea lui A. Ellis)

Se caută a se demonstra pacientului că, conţinutul informaţional dezadaptativ este fals datorită inconsistenţei sale logice.

Exemplu.

P: Cred că întotdeauna trebuie să fiu cinstită cu părinţii mei.

T: De ce crezi asta?

P: Mi se pare de bun simţ şi moral.

T: Care crezi că sunt consecinţele pe termen lung ale acestui comportament?

P: Armonia şi buna înţelegere.

T: Ieri mi-ai spus că te-au certat şi te-au pedepsit după ce le-ai spus că ai sosit acasă după ora 23, considerând că ai vagabondat prin oraş, deşi tu ai fost la un cerc de poezie.

P: Da, aşa este. Ei nu suportă gândul că aş putea da admitere la filologic M-au pedepsit mai aspru decât meritam.

T: Cum se împacă asta cu armonia şi buna înţelegere?

P: (pauză). Nu ştiu.

T: Sigur că este bine să fii cinstit în general fără a fetişiza însă acest lucru. A fi cinstit în sens realist cred că înseamnă a face mai mult bine decât rău şi nu a face întotdeauna bine. Tu ce crezi?

P: Poate că ai dreptate. Puteam evita toată tevatura spunându-le că am venit acasă la ora 22. în fond, nu am făcut nimic rău.

T: Cred că ar trebui să mai discutăm despre relaţia între a fi cinstit şi a fi întotdeauna cinstit într-un cadru mai pragmatic, luând în considerare şi conceptul de responsabilitate şi asumarea consecinţelor comportamentelor tale.

(J). Tehnica controlului conştient

Pacientul poate fi conştientizat de către terapeut asupra unor tendinţe în prelucrarea realităţii cu efecte negative asupra simptomatologiei, putându-le astfel controla. în anxietate spre exemplu, pacienţii au tendinţa de a prelucra preferenţial din mediu stimulii anxiogeni. Acest pattern cognitiv duce la amplificarea simptomelor anxietăţii. în consecinţă, anxietatea astfel stimulată va favoriza din nou acel pattern cognitiv, intrându-se astfel într-un cerc vicios ce amplifică simptomatologia. Pacientul va fi învăţat să caute intenţionat şi conştient în mediu stimuli neutri emoţional sau cu valenţă pozitivă, ca o contrapondere la tendinţa lui automată de a selecta în special stimuli anxiogeni. Aceşti stimuli urmează să fie prelucraţi în continuare preferenţial.

(g). Tehnica costurilor şi beneficiilor

Pacientului i se cere să facă o listă cu costurile şi beneficiile pe care cogniţiile dezadaptative i le aduc. Aici experienţa şi pregătire terapeutului sunt decisive în a scoate în evidenţă dezavantajele pe care cogniţiile subiectului le presupun sub aspectul relaţiilor cu ceilalţi, al trăirilor emoţionale, autocontrolului comportamental etc.

Constructivismul

Constructivismul îşi are rădăcinile în filozofia kantiană şi neokantiană şi mai recent în scrierile lui Poppers, Campbell, Piaget, Kelly, Goodman, Kuhn etc. Asumpţiile sale fundamentale sunt:

- sursa cunoştinţelor noastre este capacitatea simbolică şi imaginativă a subiectului uman; cunoştinţele sunt mai degrabă inventate decât descoperite. Nu contează atât valoarea lor de adevăr,

cât mai ales valoarea lor adaptativă pentru subiect, (it does not ha to be true to be useful - vezi religia);

- nu există o singură realitate stabilă, absolută, ci fiecare om construieşte propria sa realitate.

în terapia cognitiv-comportamentală, constructivismul acreditea ideea că tulburările emoționale sunt expresia faptului că sistemul cunoştințe al subiectului nu mai este adaptativ. în consecință, terapeu' trebuie să faciliteze pacientului restructurarea sistemului de cunoştințe pr construcția unuia nou, adaptativ în cadrul unei relații terapeutice cald stabile, securizante.

Tehnici de modificare constructiviste

Aceste tehnici au următoarele caracteristici:

- sunt mai mult creative decât corective;
- nu se atacă direct conținutul informațional dezadaptativ, ci pacientul este ajutat să înțeleagă faptul că acesta era adaptativ pentni o anumită etapă a vieții sale, dar acum este necesară elaborarea unui[1] conținut informațional nou, care să asigure adaptarea la noile condițiq de viață;
- terapeutul asistă pacientul în găsirea unei noi perspective asupra realității (trecute, prezente şi viitoare), a unei noi identități care chiarj dacă nu este validă, corectă, este adaptativă pentru subiect în condițiile sale de viață. Aici pot fi enumerate tehnicile dinamice şi-umanişle (separate însă

de angajamentul lor teoretic) ca: interpretarea, analiza viselor, asociațiile libere, congruența, acceptarea necondiționată, empatia, experiențierea unorj noi trăiri emoționale etc.

Exemplificăm aceste tehnici prin tehnica interpretării viselor ş^ tehnica jocului de rol în condiții ecologice.

(a). Tehnica interpretării viselor

Tehnica se aplică în cazul în care un vis repetitiv anxietizeaz pacientul sau în cazul în care se urmăreşte obținerea de informații suplimentare (dacă pacientul declară că nu îi vine nimic în minte prin asociații libere, de la temele discutate în terapie se trece la analiza viselor pe car© acesta le are) pentru a construi o interpretare dinamică.

Tehnica interpretării viselor angajează următorul algoritm.

(1). Pacientul este pus să-şi povestească visul. Terapeutul noteaz temele visului, evenimentele în ordinea prezentată de pacient. De asemenea este atent la emoțiile experențiate de pacient în cursul povestirii şi legătura lor cu temele expuse, relațiile spațiale care pot semnifica relații interpersonale.

(2). Pornind de la evenimentele relatate (conținutul manifest), lentul este rugat să facă asociații libere adunându-se treptat un volum mare de[C]informații (conținut latent).

(3). Pe baza materialului obținut, terapeutul oferă o interpretare a visului şi/sau a repetării sale ce pune în legătură în fapt conținutul manifest cu conținutul latent.

Eficiența tehnici depinde nu de valoarea de adevăr a interpretării, ci de plauzibilitatea şi gradul acceptării ei de către pacient. Altfel spus, un vis care se repetă anxientizând pacientul este incomprehensibil. Această incoprehensibilitate, impredictibilitate şi sentimentul lipsei de control pe care îl experiențiază subiectul în raport cu apariția şi semnificația visului oenerează anxietate anticipativă care în fapt menține şi perpetuează visul respectiv în diverse variante. învingerea anxietății anticipative şi în consecință reducerea frecvenței repetării visului se face prin oferirea unui mit terapeutic, în forma interpretării visului. Sigur, în unele cazuri, interpretarea poate fi adevărată dar nu acest lucru este important în terapie, ci caracterul de coerență şi predictibilitate pe care aceasta îl dă pacientului. *(b). Tehnica jocului de rol în condiții ecologice* în acest caz se realizează un contract cu pacientul în care se precizează că acesta timp de o săptămână trebuie să se comporte conform unui rol prescris de terapeut. Terapeutul va prescrie un rol pentru pacient, rol opus modului său cotidian de a se comporta. Acest lucru are două consecințe pozitive pentru demersul terapeutic. în primul rând, va apare o disonanță cognitivă între comportamentul nou şi credințele anterioare ale subiectului. Or, noi ştim din cercetările de psihologie socială (Festinger, 1957) că în acest caz de disonanță neforțată normele se schimbă pentru a fi congruente cu comportamentul. Se modifică astfel cognițiile dezadaptative ale pacientului. In al doilea rând pacientul are posibilitatea de a se decentra de pe sistemul său anterior de relaționare cu mediul şi de a experiența alte modalități de relaționare. Contează foarte mult ca terapeutul să creeze un scenariu realist, adaptativ, incompatibil cu cel vechi pe care pacientul să-1 accepte şi să-1 implementeze experimental în viața cotidiană.

în concluzie, odată identificate conținuturile informaționale dezadaptative, ele trebuie modificate. Modificarea lor se realizează prin tehnici specifice dintre care unele sunt extrem de directe, logice şi Provocative (vezi Ellis, 1962), unele sunt directe şi stimulative pentru pacient \ °ck, 1976) iar altele sunt nondirective (vezi constructivismul). Alegerea 'Purilor de tehnici folosite depinde de caracteristicile pacienților şi patologia acestora.

Tehnicile tip Ellis sunt indicate pentru:

- pacienți înclinați spre științele exacte, care respectă autoritate argumentația logică (ex. profesori, soldați, manageri etc);
- persoane adulte cu diverse forme de psihopatologie în cf cogniţiile absolutiste sunt cauza principală.

Tehnicile tip Beck sunt indicate pentru:

- adulți, adolescenți;
- tulburări emoționale ușoare, anxietate, depresie, schizofreni

Tehnicile constructiviste sunt indicate pentru:

- tulburări emoționale ușoare;
- pacienți creativi, înclinați spre artă şi ştiințe socio-umane;
- adulți, persoane în vârstă.

In urma acestor tehnici de modificare a conținuturilor informațional dezadaptative, pacientul realizează că aceste conținuturi informaționale suq false sau dezadaptative. Deşi la nivel conştient ei recunosc acest lucru, totuş aceste conținuturi informaționale continuă să influențeze inconştieflj comportamentul, cogniţiile şi emoţiile noastre. în consecință, este necesari elaborarea unor tehnici de blocare a influenței inconştiente a informațiiloj false asupra comportamentului.

ETAPA 3

Tehnici de blocare a influenței informațiilor false asupr comportamentului (tehnici de control al contaminării psihologice)

Informația falsă este o prezență ubicuă în viața noastră. Impactul e asupra prelucrărilor informaționale duce la comportamente dezaptative. Deş conştient declarăm că o informație falsă țintă nu ne va influența comportamentul, cercetările arată că aceasta biasează deciziile şi comportamentul nostru prin mecanisme inconştiente, implicite, care violează hotărârile conştiente şi voluntare anterioare (Johnson, 1994). Se ajunge astfe la decizii eronate şi comportamente dezaptative. Acesta este fenomenul d contaminare psihologică. în consecință, elaborarea unor tehnici de blocare a influenței informației false asupra comportamentului are o relevanță pragmatică evidentă. Aceasta mai ales în practica clinică psihoterapeutică şi; în practica juridică.

Aşa cum am mai amintit anterior, în psihoterapia modernă studiile de[1] metaanaliză situau orientarea cognitiv-comportamentală pe primul loc în ceea ce priveşte eficiența tratamentului (Smith, Glasi şi Miller, 1980; Andrews *ş* Harvey, 1981). Se consideră că orice simptom este determinat de prelucrările informaționale subiacente şi menținut de întăririle din mediu.

Tehnicile cognitiv-comportamentale pentru restructurarea prelucrărilor informaționale dezaptative au rolul (a) de a identifica cogniţiile dezadaptative care susțin simptomul şi (b) de a le neutraliza şi a le înlocui cu [n]ții adecvate ce susțin comportamente adaptative. Problema apare atunci °ând, deşi subiectul recunoaşte caracterul eronat al cogniţiilor sale, aceste cogn'ții continuă să-i influențeze comportamentul şi deciziile prin mecanisme inconştiente implicite (Lewitcki, 1986; Johnson, 1994). Aceasta duce la dificultăți în asimilarea cogniţiilor şi comportamentelor adaptative, precum şi la menținerea simptomatologiei. Este evidentă deci necesitatea elaborării unor tehnici cognitiv-comportamentale de blocare a influenței informației false asupra comportamentului.

în ştiința modernă, orice aplicație practică de anvergură este precedată de o cercetare fundamentală riguroasă, exprimată într-un nucleu de date teoretico-experimentale cu valențe euristice. Cercetările noastre anterioare asupra memoriei implicite şi asupra uitării intenționate (David, 1996) coroborate cu date din literatura de specialitate (Jacoby, 1991; Johnsos, 1994; Miclea, 1994) s-au concretizat în următorul nucleu de rezultate experimentale:

- informația falsă referitoare spre exemplu la o persoană X sau la un eveniment se află de cele mai multe ori în memorie interconectată cu informația adevărată referitoare la persoana sau evenimentul respectiv, formând o schemă cognitivă comună;
- amorsarea informației adevărate activează şi informația falsă cu care aceasta este interconectată, putând apare astfel decizii şi evaluări eronate;
- cu cât cantitatea de informație falsă este mai mare, cu atât impactul ei asupra comportamentului este mai probabil. Altfel spus, dacă vrei să manipulezi un om oferă-i cât mai multă informație falsă fără să-ți pui problema faptului că el ştie că e falsă; aceasta se va exprima în comportamentul implicit, inconştient.

Influența informației false poate fi blocată prin (a) conştientizarea influenței pe care ea o induce asupra comportamentului şi (b) prin inhibarea sau dezactivarea acesteia.

Pornind de la acest nucleu de rezultate teoretico-experimentale, am elaborat următoarele tehnici cognitiv-comportamentale de blocare a influenței informației false sau dezadaptative asupra comportamentului. Le prezentăm [ln] cele ce urmează într-o formă schematică, prezentarea şi analiza lor detaliata 5[1] riguroasă urmând a fi făcută în lucrarea de doctorat a autorului.

•¥" *(a). Tehnica anticipării rațională*

. Prin această tehnică se încearcă anticiparea influențelor pe care °rrnația falsă le-ar putea induce în comportamentul nostru. Odată . °[n]Ştientizate aceste influențe, ele pot fi blocate. Astfel spus, influența conştientă devine conştientizată şi prin aceasta evitată. Această tehnică se P 'că cu succes în psihoterapie, unde cogniţiile dezadaptative şi posibilul lor

impact inconştient asupra comportamentului pot fi circumscrise relativ rj în şedinţe (sau părţi ale acestora) special dedicate acestui obiectiv.

Exemplu.

T: Acum îmi spui că eşti convins de faptul că viaţa merită trăită, în urmă cu câteva săptămâni susţineai contrariul. P: Acum văd lucrurile altfel.

T: Presupunând că nu ţi-ai fi schimbat perspectiva, cum te-4 comportat astăzi?

P: (pacientul împreună cu terapeutul anticipă aceste comportam pentru situaţia prezentă şi pentru situaţii ipotetice viitoare; <x conştientizate, aceste comportamente pot fi prevenite).

(b). Tehnica restructurării globale (mai indicată sub hipnoză) Ea se bazează pe cercetări riguroase realizate în ultimii ani uitării intenţionate specifice şi globale (Johnson, 1994).

în acest caz, se cere spre exemplu pacienţilor sau clienţilor să intenţionat (prin instrucţia uitării intenţionate globale) întreaga informaţie de o persoană X sau faţă de propria persoană, adică atât informaţia falsă c informaţia adevărată. Ca urmare a acestei instrucţii, schema cognl referitoare la persoana în cauză va fi inhibată.

Apoi, se oferă/se ia în considerare din nou doar informaţia adev*' despre persoana X/propria persoană, creându-se astfel o reprezen cognitivă nouă ce conţine doar informaţie adevărată şi care va putea sus:[J] decizii şi evaluări corecte care privesc această persoană sau propria perso" această etapă este mai indicat a se face sub hipnoză sau pe fond de relaxare *Exemplu. (în etapele finale ale terapiei).*

T: Rezumând discuţiile noastre din şedinţele anterioare, haij reconstruim propria ta imagine şi personalitate punând la un loc descrierildj care ţi le-ai făcut pe parcursul şedinţelor avute.

P: (pacientul trece în revistă împreună cu terapeutul descriefi! făcute atât cele pozitive cât şi cele negative).

T: Acum vreau să-ţi propun următorul exerciţiu imagistic: hai să spunem (imaginăm) că le uităm pe toate, ca şi cum nu ar fi existat. Le uf (Pauză). Şi acum să reconstruim propria-ţi imagine doar din atributf corecte. O imagine nouă, un om nou. (Terapeutul şi pacientul reiau analizează doar atributele corecte şi pozitive; pacientul le repetă pe fiecare mai multe ori).

(c). Tehnica informaţiilor alternative şi incompatibile

In acest caz, pentru a evita influenţa informaţiilor false asupi comportamentului, subiectului i se dă comanda de uitare intenţiona specifică cu referire la această informaţie, dublată de oferirea unor informat" adevărate şi incompatibile cu informaţia falsă. Informaţia alternativă

compatibilă cu informaţia falsă va inhiba prin inhibiţie laterală informaţia Isă blocând astfel impactul acesteia asupra comportamentului subiectului.

Exemplu.

P: Nu mă pot concentra deloc, absolut la nimic.

T: Cum crezi că am putea verifica lucrul acesta?

P: Ştiu eu? poate încercând să citesc ceva.

T: Bine, uite, aici am un ziar de azi. Ce subiect preferi să citeşti de bicei?

P: îmi plac secţiunile economice.

T: Uite, aici este un articol despre inflaţie. Crezi că vei reuşi să iţeşti ceva din el?

P: Nu cred, mi-e greu să mă concentrez... sau poate primele rânduri. T: Bine, hai să încercăm. Citeşte până când simţi că nu te mai poţi concentra deloc asupra articolului.

P: (Citeşte întregul articol.) Am terminat.

T: Cât ai citit?

P: Am citit întregul articol.

T: înainte spuneai că nu te poţi concentra deloc, la nimic. Cum crezi că stau lucrurile?

P: Bine, am exagerat puţin. De fapt nu reuşesc să mă concentrez la fel de bine ca înainte.

T: Cred că ai dreptate şi pornind de la abilităţile de concentrare pe care le ai, vom îmbunătăţi capacitatea ta de concentrare. Altfel spus, este fals că nu te poţi concentra absolut deloc. în anumite situaţii, când eşti suficient de interesat şi odihnit, te concentrezi perfect pe termen scurt. Deci, în anumite condiţii te concentrezi foarte bine.

Tehnicile cognitiv-comportamentale prezentate şi descrise sumar mai sus sunt expresia unor cercetări teoretice de laborator de vârf. Ele au o eficienţă practică considerabilă, probată experimental (David, teză de doctorat) şi în practica clinică a autorului cu referire la atacul de panică şi fobiile simple. Primele rezultate obţinute în cadrul unui program mai amplu [ce] îşi propune evaluarea riguroasă (a), a fundamentării teoretice ce stă la baza [lor] (realizată prin studii de laborator) şi (b). a eficienţei lor clinice în comparaţie cu tratamentele clasice, utilizând designuri experimentale riguroase cu un singur subiect şi/sau designuri multifactoriale, susţin afirmaţia [ca]> integrate tratamentelor cognitiv-comportamentale clasice sporesc semnificativ eficienţa acestora (David, teză de doctorat). Integrarea şi apucarea lor în cadrul psihoterapiei se face în momentul când subiectul conştientizează caracterul eronat şi dezadaptativ al cogniţiilor şi [Corn]Portamentelor sale anterioare şi îl pregătim pentru asimilarea unui stil ognitiv şi a unor comportamente adaptative. Aplicarea acestor tehnici va [f]av— • - --------.,,.^,,,,^:,,,0

°riza asimilarea comportamentelor adaptative.

ETAPA 4

Tehnici de identificare şi modificare a proceselor informaţii conştiente sau conştientizabile

Procesele informaţionale conştiente sunt cele care gener^ conţinuturi informaţionale dezadaptative în situaţii specifice. Ele au un de generalitate mult mai mare decât conţinuturile informaţiol dezadaptative. Identificarea proceselor informaţionale conştiente se facă ultimele etape ale terapiei printr-un proces de generalizare inductivă pori de la conţinuturile informaţionale dezadaptative identificate până atunci cursul terapiei şi situaţiile în care aceste conţinuturi informaţionale apari formalizare cu ajutorul regulii dacă/atunci.

Dacă subiectul le consideră eronate, este foarte bine, aplicându-sd continuare tehnicile descrise în etapa 3. Dacă le consideră adevărate, atu trebuie realizată modificarea lor. Modificarea acestor procese informaţiol dezadaptative conştiente se face prin aceleaşi tehnici ca şi în cal conţinuturilor informaţionale dezadaptative (vezi etapa 2). Ori(« modificarea lor este uşurată de faptul că, conţinutul informaţional care e| expresia lor a fost deja modificat.

ETAPA 5

Tehnici de identificare şi modificare a conţinuturilor procesărilor informaţionale dezadaptative inconştiente

Neputând fi conştientizate şi verbalizate, aceste conţinuturi procesări informaţionale dezadaptative nu pot fi modificate în mod direct. Eli pot fi însă modificate indirect prin modificarea directă a outputurilor ■ comportamentale şi fiziologice. Astfel, tehnicile de intervenţie la nrfl comportamental (ex. tehnici operante) şi tehnicile de intervenţie la niva biologic (flooding, relaxare) modifică indirect conţinutul prelucrările^ informaţionale dezadaptative (vezi capitolele 3 şi 4).

Cercetările recente în psihologia cognitivă sugerează un posibt algoritm pentru intervenţia directă asupra conţinuturilor şi procesări^B informaţionale dezadaptative inconştiente:

(1) analiza atentă a inputului - a situaţiilor externe şi interne câ determină tulburarea emoţională;

(2) analiza atentă a outputului comportamental, fiziologic *M* subiectiv al conţinuturilor şi procesărilor informaţionale dezadaptatnj inconştiente;

(3) analiza detaliată a relaţiei între (1) şi (2), indicată chiar în situaţi ecologice;

(4) inferenţa conţinuturilor şi procesărilor informaţional inconştiente ce mediază relaţia între (1) şi (2);

(5) atacarea conţinuturilor si procesărilor informaţionale inconştiente

^ifirare identice cu cele prezentate în cazul '

SiucÎ/^ortforrnaţiou.ie cliente - - »

rin:

con

c

goritm-

TEHNICA REZOLVĂRII DE PROBLEME ŞI Jtf-ANTRENAMENTULASERTIV

problematice

Sunt utilizate pentru a modifica ş, rezol £ în cadrul

Onoare »div^ £*» «** &*, *** ^ pe

„ecanismulu! 1.2.9. (vezi ^.J[1]^ soluţiilor adecvate.

^■^^^Sfc^o.--*:

sensul că ea ghidează gă

Etapele tehnicii i

- *identificarea problemei* - Uare esic **tnv«« -----** _ *t*

pusă şi corect identificată este pe jumătate rezolvată în sensul că ea sugerează locul *unde trebuie să căutăm soluţiile;*

- *stabilirea* scopurilor - Ce urmează să fac, cum doresc să stea lucrurile?
- *generarea soluţiilor alternative* - Ce pot face pentru a-mi atinge scopurile? în prima fază se generează necritic un număr cât mai mare de soluţii. Apoi se analizează soluţiile propuse şi se selectează cele care sunt realiste şi au valenţe ecologice;

. *considerarea cornecin/elor*- Ce s-ar - asta' Fiecare soluție este discutata stabilmou

p ierarhie. In cazul în care nici o soluție nu a funcționat se reia întregul

joc de rol pentru a pregăti subiectul în vederea imp

evaluare v lUlivuv. ---------- ; la încercarea altei soluții

de pregătire a implementării lor ecologice.

'■

î-se costurile şi următoarea ca reia întregul

fw70, *Ac* oenerare a soluțiilor şi soluția, se trece ii în care «*w i proces

insistându-se mai mult asupra fazei de generare

r putea întâmpla dacă aş face

Etapele antrenamentului asertiv sunt descrise în cele ce urmeaz

(1) Examinează modul în care interacţionezi cu ceilalţi. Ex situaţii în care ar trebui să te comporţi mai asertiv? Ai uneori opinii sentimente pe care le ascunzi deoarece ţi-e teamă de ceea ce s-ar întârrJ dacă le-ai exprima? Ţi se întâmplă uneori să-ţi laşi calmul la o parte şi si manifeşti agresiv faţă de ceilalţi? Ar fi util să păstrezi un jurnal în care notezi situaţiile în care te-ai comportat timid, cele în care ai reacţionat agre şi cele în care ai acţionat asertiv.

(2) Selectează situaţiile în care ar fi mai util să te comporţi asertl Poţi include situaţiile în care te-ai comportat excesiv de politicos, ţi-ai cerut mod exagerat scuze, ai fost timid sau ai permis să ţi se traseze sarcini prj care s-a profitat de tine, trăind în acelaşi timp sentimente de furie, jenă, teai de ceilalţi sau autocritică pentru lipsa curajului de a-ţi exprima proprii! opinii. De asemenea este necesară intervenţia şi în cazul situaţiilor în care ti ai exprimat extrem de agresiv sau nu ai ţinut seama de drepturile celorlalţi.

(3) Concentrează-te pe un anumit incident din trecut. închide ocl şi imaginează-ţi cât mai viu detaliile, inclusiv ceea ce ai spus tu şi ceai persoană, precum şi ceea ce ai simţit în acel moment şi după aceea.

(4) Examinează şi apoi notează pe o hârtie caracteristii următoarelor elemente ale comportamentului tău:

• *contactul vizual:* te-ai uitat direct la acea persoană, ai ţinut priv în pământ sau ai avut o privire fixă, ostilă?

• *gestica:* trebuie să sublinieze în mod eficient mesajul. Ges dezordonate sugerează nervozitate, în timp ce alte gesturi pot sug(timiditate (unele mişcări stereotipe, ca de exemplu frecarea mâinilor);

• *postura corpului:* cea mai indicată este poziţia frontală, pos verticală a capului şi o distanţă potrivită faţă de interlocutor;

• *volumul şi tonul vocii:* pentru a sublinia importanţa mesajului, e: necesar un volum normal pentru conversaţie şi un ton hotărât;

•*fluenţa vorbirii:* mesajul să fie exprimat clar şi rar;

• *timpul scurs între producerea incidentului analizat şi apari, reacţiei tale:* în general exprimările spontane sunt cele mai indicate, anumite situaţii trebuie rezolvate după un timp mai lung (de exemp corectarea unei declaraţii eronate a şefului este mai bine să se facă între pal ochi, decât în faţa grupului căruia el îi face respectiva declaraţie);

• *conţinutul mesajului:* dacă acesta a fost asertiv, agresiv sau no asertiv;

• *credibilitatea mesajului.* Pentru a fi credibil, un mesaj (adevăr: sau fals) trebuie să conţină: (a) cât mai multe detalii fizice (b) cât mai muli implicare emoţională care se referă atât la conţinutul evenimentelor povestit! cât şi la emoţiile resimţite de povestitor în cursul povestiri legate *a*

conţinutul povestit (c) să fie verificabil (dar greu verificabil în cazul în care este fals). *Cum transmiţi un mesaj critic-* Mesajul să fie impersonal, constructiv, precedat de mesaje pozitive. Ex. Un pacient întârzie nejustificat la şedinţa terapeutică. Mesaj critic corect: "E bine că ţi-ai realizat sarcinile date şedinţa trecută dar faptul că ai întârziat astăzi mă pune în încurcătură: să începem şedinţa cu întârziere dereglând tot programul meu sau să amânăm întâlnirea. Aştept ca data viitoare să soseşti la timp, acum hai să începem". ^tgca| critic incorect: "Ce s-a întâmplat? Te aştept de o jumătate de oră. Eşti neserios. Bun, hai să începem".

(5) Observă unul sau mai multe modele care se comportă în mod asertiv. Studiază modul lor de abordare verbală şi non-verbală în situaţiile în care tu ai dificultăţi. Compară consecinţele comportamentului lor cu cele ale comportamentului tău. Dacă este posibil, discută cu ei modul lor de comportament şi sentimentele pe care le au datorită acestuia.

(6) Fă o listă cu mai multe variante de comportament asertiv folositoare în diverse situaţii.

(7) închide ochii şi imaginează-te pe tine însuţi utilizând fiecare dintre variantele de mai sus, gândindu-te şi în ce situaţii pot fi folosite, precum şi ce consecinţe ar avea. Selectează o alternativă sau o combinaţie de alternative care crezi că ar fi cea mai eficientă pentru tine. Exersează această variantă în imaginar până când te simţi sigur şi eşti convins că va funcţiona.

(8) Practică jocul de rol pentru alternativa aleasă împreună cu altcineva: un prieten sau un consilier care să-ţi ofere şi feed-back în legătură cu comportamentul tău. Modifică secvenţele pe care le consideri timide, agresive sau caraghioase până te simţi confortabil cu propriul comportament. Compară-1 cu caracteristicile generale ale unui comportament asertiv, prezentate la punctul (4).

(9) Repetă paşii (7) şi (8) până îţi dezvolţi o manieră asertivă de interacţiune cu ceilalţi, un mod de comportament despre care crezi că te va ajuta cel mai bine.

(10) Utilizează alternativa aleasă într-o situaţie din viaţa reală. Este normal să existe o anumită anxietate la prima încercare de a fi asertiv. Dacă încă ţi-e teamă să te comporţi asertiv, repetă paşii (5)-(8). Pentru acele Persoane (puţine la număr) care nu reuşesc să-şi dezvolte siguranţa necesară Pentru a încerca să devină asertive, este indicată consilierea de către un | P[r°]fesionist.

(11) Reflectă la rezultatele efortului tău. Gândeşte-te la racteristicile verbale şi non-verbale ale comportamentului asertiv prezentate Punctul (4). Care componente ale răspunsului tău au fost asertive, agresive ,[u] non-asertive? Care au fost consecinţele comportamentului tău? Cum te-ai ţit după ce ai încercat acest nou tip de interacţiune?

(12) Aşteaptă-te la un anumit succes după aceste prime eforturi, nu la o satisfacţie personală completă. Exprimarea propriei personalităţ interacţiunea eficientă cu ceilalţi sunt procese de învăţare continuă.

TEHNICA DE INOCULAREA STRESULUI (SIT) In sens larg, se referă la modificarea mecanismelor de cop dezadaptativ-focalizat pe problemă sau pe starea subiectivă a subiecţilor-, sens tare (restrâns), se referă la modificarea mecanismelor de cop;[1] dezadaptativ-focalizat pe starea subiectivă (emoţională) a subiecţilor. Deorej în sens larg SIT include majoritatea tehnicilor de psihoterapie care în aceasj lucrare sunt tratate pe categorii diferite, vom aborda în continuare sensul să restrâns. Considerăm SIT ca o categorie bine circumscrisă de tehnici c intervenţie ce vizează ajustarea subiectului la o stare subiectivă negativă (ej starea de distres) în care factorii interni sau externi care au declanşat-o nu p< fi schimbaţi. Se realizează prin achiziţionarea de mecanisme de copin cognitiv, comportamental şi fiziologic eficiente şi prin pregătire pentru ne situaţii stresante. SIT determină modificări la nivelul 10.9. (vezi cap. 1). Tehnica de inoculare a stresului utilizează:

(1) tehnici de restructurare cognitivă care modifică modul cogniti' dezadaptativ de ajustare la stres (ex. negaţia şi represia dezadaptative generând coping cognitiv adaptativ (vezi capitolul 2). Se observă că obiecta tehnicilor de restructurare cognitivă poate fi atât modul dezadaptativ în can subiectul prelucrează realitatea externă cât şi modul dezadaptativ în cal subiectul îşi interpretează propria starea subiectivă (coping cognita dezadaptativ);

(2) tehnici de rezolvare de probleme şi antrenamentul asertiv carej generează coping cognitiv adaptativ (vezi capitolul 2 cu deosebirea ca problema externă este reprezentată aici de starea subiectivă). în acest cal tehnicile de rezolvare de probleme nu vizează o situaţie externă ci o stare! subiectivă negativă (coping cognitiv dezadaptativ);

(3) tehnici de modificare comportamentală care generează **copinl** comportamental adaptativ (vezi capitolul 3);

(4) tehnici de relaxare care generează coping fiziologic adaptaţii (vezi capitolul 4);

(5) tehnici de autodialog care generează coping cognitiv adaptativ. I

Tehnica de autodialog presupune următoarele:

- analiza situaţiei de distres şi starea subiectivă declanşată dl aceasta;
- identificarea şi analiza autodialogului negativ (Ex.: "sunt ui prost, nu voi reuşi, acum mă pierd, n-am să fac faţă, sunt foarft stresat" etc);

- blocarea acestui autodialog (vezi capitolul 3 - tehnica "Stop thinking") şi înlocuirea lui cu un autodialog pozitiv ("sunt bun, voi reuşi, ştiu că pot, O.K., sunt puţin stresat" etc.) cu autoîntăriri ("bravo", "continuă aşa", "eşti bun");
- generalizarea tehnicii în cazul unei situaţii de distres ipotetice.

Etapele ***tehnicii de inoculare a stresului:***

- *identificarea situaţiei de distres şi starea subiectivă* declanşată de aceasta (ex. cataclism, moartea unei persoane apropiate);
- *analiza mecanismelor de coping dezadaptativ şi a consecinţele lor;* se insistă atât asupra costurilor cât şi asupra beneficiilor mecanismelor de coping dezadaptativ. Uneori mecanismele de coping sunt mai greu de identificat şi de analizat deoarece ele sau funcţia lor sunt inconştiente şi în consecinţă subiectul le neagă existenţa. în acest caz ele pot fi mai uşor conştientizate şi analizate pe un fond de relaţie terapeutică caracterizată prin empatie, acceptare necondiţionată şi congruenţă din parte terapeutului către pacient;
- *înlocuirea mecanismelor de coping dezadaptativ cu mecanisme de coping adaptativ* prin tehnici specifice; aceste mecanisme de copind- adaptativ trebuie să fie incompatibile cu mecanismele de copirig dezadaptativ, să fie acceptate de pacient şi să aducă aproximativ aceleaşi beneficii ca şi mecanismele de coping dezadaptativ;
- *evaluare;*
- *confruntarea cu distresul în noile condiţii* (consecinţele **lor);**
- dacă confruntarea este eficientă, *generalizarea strategiilor în cazul unei noi situaţii stresante posibile.*

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Andrews, G., & Harvey, P. (1981). *Does psychotherapy benefit neur, patients? A reanalysis ofthe Smith, Glass, and Miller data,* Archi / ofGeneral Psychiatry, 36, 1203-1208. Befcfc, A-^T. (T976). *Cognitive therapy and the emotionaal disorders,* I.U

Ne\¥-YorE>^ , Da vid, D. (1996). *Memoria implicită; clarificări teoretico-metodologicel implicaţii practice,%ţudia* nr. 1-2. Ellis, A. (1962). *Reason andemotion in psychotherapy,* L.S., New-York. Jacoby, L. (1991). *A Process Dissociation Framework: Separating AutomaX from Intenţional Uses of Memory,* Journal of Memory and Langual 30,513-514.

Johnson, M. H. (1994). *Process of successful intenţional forgettim* Psychological Bulletin, 2, 274-292. Kuhn, Th. (1976). *Structura revoluţiilor ştiinţifice,* Bucureşti, Editu Ştiinţifică şi Enciclopedică.

Lewitcki, P. (1986). *Nonconscious social Information processing,* Academ Press,San Diego. Miclea, M. (1994). *Psihologie cognitivă,* Cluj, Editura Gloria. Miclea, M. (1996). *Repression as Successfid Intenţional Forgetting,* Cogniţi

Creier Comportament, nr.2. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefiM psychotherapy,* Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Capitolul 3

TEHNICI DE INTER VENŢIE LA NIVEL COMPORTAMENTAL

- Dan DA VID -

Chapter 3 is entitled "Intervention techniques at behavioral Level". In this chapter, we present in detaiţsspecific operant techniques for modifying operant behavior: (a) techniques for accelerating operant behavior and (b) techniques for decelerating operant behavior. In each case we offer clinical case examples from both our own clinical practice and from literature.
Key words: operant behavior, behavioral therapy.
Cuvinte cheie: comportament operant, terapie comportamentală.

în acest context, înţelegem prin comportament acele reacţii ale organismului observabile şi măsurabile care au fost învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice (ex. scrisul, mersul, lovirea altei persoane, etc-comportamente operante). Spre deosebire de behaviorismul clasic, nu includem aici acele reacţii ale organismului observabile şi măsurabile care sunt înnăscute (reflexe necondiţionate, modificări ale sistemului nervos vegetativ-comportamente respondente) şi în cazul cărora învăţarea are loc doar în sensul creşterii spectrului de stimuli care le pot declanşa (ex. condiţionarea clasică).

Intervenţia la nivel comportamental vizează modificări în mecanismul 1.2.9. şi 10.9. (vezi cap.l) şi este ghidată de două legi importante. - i

Regula 1 precizează că orice comportament este determinat de tecedente: (1) stimuli externi; (2) stimuli interni - modificări fiziologice şi /?w$^{ect_{1}ve}$; (3) prelucrări informaţionale şi este menţinut de consecinţele sale: *)* întăriri pozitive; (2) întăriri negative; (3) pedepse. Pentru a modifica un—— mportament, trebuie făcute modificări la nivelul antecedentelor şi nsecinţelor acelui comportament. Altfel spus, orice comportament este erminat de procesări informaţionale amorsate de stimuli externi sau interni este menţinut de consecinţele sale.

Regula 2 precizează că accelerarea sau decelerarea comportament este natural şi automat însoțită de decelerarea jeşi accelerarea comportamentului opus (A*). în terapie însă de multe ori urmi o decelerare a unui comportament dezadaptativ (A) însoțită de acceler unui comportament adaptativ (B). Comportamentul adaptativ B trebuie aibă următoarele caracteristici (Catania şi Brigham, 1987):

- să fie incompatibil cu comportamentul dezadaptativ A;
- să aducă aceleaşi beneficii cu comportamentul dezadaptativ A;
- să fie adaptativ.

Se observă că dacă am rămâne doar la tendința naturală de a acceli A* în loc de B, nu am respecta cu certitudine decât prima condiție a ui schimbări eficace de comportament (să fie incompatibil cu A) ceea ce ar *n* ca intervenția terapeutică să nu-şi aibă rostul (Shank şi Shaffer, 1984).

Exemplu.

(1). comportamentul A: fumează

Acest comportament are următoarele beneficii: elimină anxietatea stresul, atrage atenția şi stima celorlalți etc.

*(2). comportamentul A *: nu fumează*

Acest comportament este incompatibil cu A, este adaptativ, dar j are aceleaşi beneficii ca A (ex. nu îi reduce anxietatea).

(3). comportamentul B: face sport, aleargă

Acest comportament este incompatibil cu A (este greu să alergi şii fumezi în acelaşi timp), este adaptativ, are aceleaşi beneficii ca şi A (redu stresul şi anxietatea, atrage atenția şi stima celorlalți).

Antecedentele comportamentului

Stimulii externi reprezintă orice din afara organismului ca influențează activitatea analizatorilor (ex. spot luminos, situație complex sală de curs etc).

Stimulii interni se referă la modificările biologice, subiective ca sunt prelucrate informațional cu ajutorul analizatorilor (aspectele subiectiv sunt prelucrate indirect prin intermediul etichetei lor lingvistice).

Prelucrările informaționale se referă la orice transformare informațiilor guvernată de reguli. Un loc important în cadrul procesării) informaționale antecedente ale comportamentului îl ocupă prelucrări stimulilor externi sau interni. Outputul lor (reprezentarea cognitivă stimulilor şi a contextului fizic dat) conduce la alte procesări informaționa care generează expectanțe. Expectanțele ne spun la ce să ne aşteptă efectuând un anumit comportament în contextul fizic dat. De asemenea, u rol important în antecedente îl au prelucrările informaționale care ne spi cum să facem un comportament dorit (cunoştințele procedurale) şi cogniții

eferitoare la autoevaluarea pe care şi-o--face pacientul (sunt în stare să fac cest comportament?).

Rezumând, prerechizitele pentru a efectua un comportament țintă onstau în: (1) stimuli care amorsează (2) prelucrări informaționale referitoare . (a) cum se face comportamentul respectiv - cum?; (b) expectanțele despre onsecințele comportamentului, altfel spus aspectul motivațional - de ce să-l ac9; (c) autoevaluare - sunt în stare să fac comportamentul? Cu alte cuvinte, "acem un anume comportament deoarece stimulii din mediul intern şi extern e amorsează prelucrările informaționale care se referă la faptul că (1) ştim să facem comportamentul şi (2) vrem să-l facem deoarece ne va aduce onsecințe pozitive şi (3) considerăm că suntem în stare să facem acel omportament. După ce generăm acest comportament, îl vom menține doar acă consecințele sale vor confirma anticipările şi aşteptările din antecedente.

Consecințele comportamentului

întărirea este o consecință a comportamentului care influențează robabilitatea acestuia de a fi continuat. întărirea poate fi pozitivă sau egativă.

întărirea pozitivă se referă la ceva care adăugat unui comportament, dică făcut contingent cu el, creşte probabilitatea de a fi continuat. Exemplu: fac un comportament pentru a obține o sumă de bani, un cadou etc.

întărirea negativă se referă la faptul că fac un comportament pentru a evita ceva neplăcut. Exemplu: îmi fac lecțiile pentru a nu fi pedepsit, fac curat pentru a nu fi certat de părinți.

Pedeapsa este o consecință a comportamentelor care scade probabilitatea acestuia de a fi continuat. Exemplu: "nu mai vorbesc în clasă jpentru că data trecută când am făcut acest lucru am fost pedepsit şi mi s-a pus o absență nemotivată".

Tipuri de întăriri pozitive:

- obiecte materiale: bani, jucării, cadouri;
- activitate: mă joc cu jucăria preferată, mă pot uita la TV;
- sociale: atenție, laudă, apelare, zâmbet etc;
- feed-back: informații despre propriul comportament;
- simbolice: bani, jetoane cu valoare de schimb (sunt utilizate în tulburările severe deoarece au un rol important în socializarea subiectului). Identificarea întăririlor
- întrebarea directă "ce îți place mai mult?", "ce obiecte te atrag?", "ce ți-ai dori?"
- Selectarea de către pacienți, din liste standardizate de întăriri, a celor care li se potrivesc.

• Observarea subiectului în situații naturale: "ce îi place, ce mai des" etc.

• Metoda experimentală: oferirea de mostre de diverse tipur întăriri.

Administrarea întăririlor

Cine administrează întăririle? întăririle pot fi administrate de către terapeut, prieteni, fam pacientul însuşi etc. De regulă secvența indicată este următoarea:

• terapeutul în mediul terapeutic;
• terapeutul în mediul pacientului;
• persoane apropiate în mediul pacientului;
• pacientul: autoadministrare.

Când se administrează întăririle?

• administrarea continuă: după fiecare comportament administrează întărirea
• administrarea intermitentă
  ♦ la intervale fixe în funcție de comportament: ex. tot] două comportamente.
  ♦ la interval variabil în funcție de comportament: ex.
    - după un comportament,
    - după 3 comportamente,
    - după 2 comportamente.
  ♦ la interval temporal fix: ex. tot la două minute dacă] executat comportamentul respectiv.
  ♦ la interval temporal variabil: ex. o întărire la un **miil** dacă a executat comportamentul, a doua întărire la trei minu dacă cel puțin odată a efectuat comportamentul țintă, a treia două minute etc.

Reguli de administrare a întăririlor

(1) Pacientul să fie conştient că întărirea este o consecință comportamentului său.

(2) întărirea trebuie menținută la parametrii superiori.

(3) Subiectul trebuie să perceapă întărirea ca pe o consecință comportamentului, nu ca pe un determinant.

(4) Pe cât posibil, este indicată utilizarea întăririlor naturale.

(5) Administrarea întăririlor să fie constantă: surse diferite de **întări** să respecte aceeaşi modalitate de administrare (ex. ambii părinți să proceda identic).

(6) Se utilizează următoarea secvență de administrare eficace:
  ♦ la început administrăm întăriri continue,
  ♦ ulterior intermitente în următoarele variante:
    - interval fix în funcție de comportament sau perioadă de timp,
    - interval variabil în funcție de comportament sau variabil temporal,
    - pe cât posibil se utilizează întăriri naturale.

Reguli de administrare a pedepselor

• să urmeze imediat comportamentului dezadaptativ,
• să fie marcată de un avertisment,
• să fie administrată nonagresiv, calm,
• să fie întărit comportamentul opus A*,
• comportamentul urmat de pedeapsă să nu primească alte întăriri pozitive.

TEHNICI DE ACCELERARE A COMPORTAMENTULUI

(a). **Prin modificarea consecințelor:** (1). *Tehnica shaping^ftehnica **aproximării).*** Shapingul se referă la aproximarea succesivă a unui comportament dezirabil. El presupune doi paşi:

• descompunerea comportamentului adaptativ ce urmează a fi accelerat în mai multe secvențe;
• întărirea fiecărei aproximări succesive de comportament adaptativ; dacă întărirea se face de la prima secvență^ a comportamentului spre ultima atunci vorbim de "forwardshaping". Dacă se face de la ultima către prima atunci vorbim de "backwardshaping" *7~*

Exemplu. Shaping pentru comportamentul de a mânca

(1). împărțirea pe secvențe: - a prinde lingura în mână,
- a lua supă cu lingura,
- a ridica lingura la gură,
- a introduce supa în gură.

(2). Se întăreşte prima secvență: apucarea lingurii (forwardshaping)

[a]Poi se oferă întărire doar după prima şi a doua secvență etc.

In cazul backwardshaping-ului se începe cu ultima secvență, se duce [un]gura în gură, celelalte fiind executate de către terapeut. Ulterior, [er]apeutul execută doar primele două secvențe etc. Indicații: - în terapia copilului,
- tulburări grave în cazul adulților ex. depresie severă, demență, psihoze etc,
- deficiență mentală, autism.

tph . (2). *Tehnica Premarck* (Premarck este numele autorului acestei

Ideea de bază este faptul că întărirea poate fi şi o activitate, nu un obiect. O activitate cu frecvenţă mai mare poate funcţiona ca înt pentru o activitate cu frecvenţă mai mică, în cadrul căreia noi dori creştem frecvenţa. Este important ca un comportament cu frecvenţă ma succeadă imediat comportamentului cu frecvenţă mică pe care dorim accelerăm.

Ex. copilul merge la joacă (comportament frecvent) doar dacă face întâi temele (comportament cu frecvenţă mică). Indicaţii:- terapia copilului,
-tulburări grave în cazul adulţilor: depresie severă,
psihoze, demenţă,
- deficienţă mentală, autism.

(3). Tehnica contractului

Contractul este o înţelegere scrisă între două sau mai multe persoa prin care se stabileşte explicit modul de relaţionare reciprocă: (1). care este comportamentul ţintă al fiecărei părţi (2). care sunt consecinţele executării/neexecutării lui Indicaţii:- terapia cuplului,
- terapia adolescentului în relaţiile lui cu familia,
- terapia de grup.

(4). Tehnica întării

In acest caz, pentru comportamentul pe care dorim să-1 produce oferim întăriri pozitive respectând cu strictete regulile menţionate anterior c privire la condiţiile de administrare a întăririlor.

(b). Prin modificarea antecedentelor:

(/). *Tehnica amorsgjiduL*

Accelerarea unui comportament poate fi stimulată de manipul antecedentelor acelui comportament (ex. stimuli externi).

Spre exemplu, accelerăm un comportament producând condiţiile <J mediu în care el apare (stimuli externi): pentru a-i stimula copilul comportamentul de a citi este bine să-i asigurăm în camera sa o bibliotecă. \ Skinner şi-a organizat mediul de lucru astfel încât să fie prezenţi doar stimu! care îi amorsau comportamentul de "a lucra" (ex. cărţi, materiale de scris etd şi să fie absenţi alţi stimuli care îi amorsau al gen de comportamente (ej cafetieră, casetofon, poze etc).

(2). Tehnica amorsării directe ajiocesării informaţionale

Conform regulii 1, procesările informaţionale sunt amorsate de riniuli externi sau interni. **Dar** amorsarea procesărilor informaţionale o poate face chiar terapeutul:

- se modifică expectanţele subiectului: "dacă faci acest comportament vei primi...";
- subiectul este învăţat cum să facă anumite comportamente adaptative în cazul în care nu le ştie (ex. cum să vorbească în public).

TEHNICI DE DECELERARE A COMPORTAMENTULUI

Tehnicile de decelerare a comportamentului se împart în trei categorii: tehnici de terapie consecvenţială şi tehnici de terapie aversiva şi tehnici de control al stimulilor.

(a). **Tehnici de terapie consecvenţială**

Prin aceste tehnici se schimbă consecinţele comportamentelor dezadaptative; se bazează pe principiile condiţionării operante.

(1). Tehnica saţierii

Un comportament dezadaptativ se reduce dacă exagerăm întărirea sa. Astfel, aceasta îşi pierde valoarea de întărire dobândind valoarea de pedeapsă. Spre exemplu, creşterea consumului de ciocolată până la intoxicaţie.

(2). Tehnica extincţiei

Constă în înlăturarea întăririlor subsecvente unui comportament dezadaptativ mizând pe faptul că eliminând consecinţele pozitive ale unui comportament pe care dorim să-1 decelerăm, acesta îşi va reduce frecvenţa.

Indicaţii: tehnica este utilă doar în cazul în care în paralel **se** accelerează un alt comportament adaptativ.

Dezavantaje:
- schimbarea lentă a comportamentului,
- uneori, pe scurtă durată, duce la amplificarea frecvenţei comportamentului dezadaptativ,
- se generalizează greu: într-o situaţie cu o persoană anume funcţionează, în altă situaţie cu altă persoană nu funcţionează.

(3). Tehnica time-out (tehnica izolării)

Constă în îndepărtarea temporară a subiectului de la întăririle P zitive pentru comportamentul său dezadaptativ (ex. punere la colţ, [ln]chisoare etc.)

Condiţii:- time-out să fie redus temporal iar subiectul să cunoască apriori durata acestuia. Pentru copil, regula este ca izolarea

să aibă durata în minute egală cu vârsta cronologic» copilului,

- să nu apară alte întăriri pozitive pentru subiect în cuil time-out.

Indicații: terapia copilului.

(4). Tehnica penalizării

Când subiectul face comportamentul dezadaptativ, se elimină privilegiu (neputând, prin natura comportamentului, aplica tehnica extincții ex. motivația comportamentului este intrinsecă). Tehnica funcțione| deoarece există teama că privilegiul îi este amenințat dacă mai ap comportamentul dezadaptativ (ex. amenda sau suspendarea permisului: conducere în cazul conducerii imprudente).

Indicații: terapia copilului, tulburări psihice severe. *(5).*

Tehnica corecției excesive

Procedeu prin care se decelerează un comportament dezadap recurgând la corecție excesivă. Această tehnică are două faze: (1). corecția: înlocuiește comportamentul dezadaptativ,

(2). corecția excesivă: îl pedepsești pentru comportamei dezadaptativ.

Exemplu. Comportamentul dezadaptativ: fură mâncarea colegilor.

(1). corecția: să o dea înapoi;

(2). corecția excesivă: să dea mâncarea lui colegilor.

Indicații: terapia copilului, tulburări psihice severe.

(6). Tehnica paradoxală

Se cere pacientului să amplifice frecvența comportamenti dezadaptativ. Ea este indicată atunci când comportamentul este strâns legat anxietatea de performanță. In fapt, această tehnică duce la scăderea frecver comportamentului prin următoarele mecanisme:

(1). creşterea frecvenței comportamentului dezadaptativ este o ocal pentru terapeut de a administra pacientului consecințe negative pentru aci comportament;

(2). reducerea anxietății de performanță determinată de dori subiectului de a elimina comportamentul dezadaptativ. Or, dacă terapeuți cere să nu încerce să-1 elimine, anxietatea de performanță dispare. în căzu care anxietatea de performanță determină apariția comportament^ dezadaptativ, frecvența acestuia din urmă se reduce. Ex.: ejacularea preo este determinată de anxietatea de performanță. Reducând anxietatea performanță cerându-i subiectului să ejaculeze şi mai repede decât o face] obicei, eliminăm ejacularea precoce (vezi capitolul 6);

(3). pacientul realizează faptul că simptomul este controla voluntar. Dacă reuşeşte să-şi crească frecvența comportamentu dezadaptativ, îşi dă seama că poate şi să îi reducă frecvența voluntar.

(7). Tehnica pedepsei

Se bazează pe asocierea unor consecințe fizice neplăcute ujportamentului dezadaptativ (ex. şocuri electrice).

Indicații: în cazuri extreme de autism, comportament automutilant.

(b). Tehnici de terapie aversivâ

Aceste tehnici se bazează pe condiționarea clasică, comportamentul dezadaptativ devenind stimul condiționat pentru un răspuns neplăcut. Stimulii aversivi acționează în cursul realizării comportamentului, şi nu după realizarea acestuia ca în cazul tehnicilor de terapie consecvențială. Aceste tehnici sunt indicate la subiecții adulți cu o motivație mare pentru schimbare.

(1). Tehnica stimulării aversive directe

Stimularea se realizează în condițiile în care subiectul execută comportamentul dezadaptativ (ex. vomitive în alcool).

(2). Tehnica stimulării aversive simbolice

în acest caz comportamentul dezadaptativ al subiectului este filmat, iar stimularea aversivă intervine în momentul în care subiectul vizionează înregistrarea.

(3). Tehnica stimulării aversive în imaginar

Stimularea avesivă are loc în momentul în care subiectul îşi imaginează că efectuează comportamentul dezadaptativ.

(4). Tehnica stop-thinking (tehnica blocajului)

Este utilizată în cazurile gândurilor obsesive. Presupune următoarele faze:

(a), identificarea gândurilor obsesive;

(b). neutralizarea lor emoțională prin flooding, desensibilizare progresivă;

(c). tehnica propriu-zisă: în momentul în care subiectul îşi generează gândurile obsesive, terapeutul îi strigă dur "stop, nu te mai gândeşti la ele"; pacientul este încurajat să se gândească la ceva plăcut sau să facă ceva plăcut;

(d). treptat, tehnica este aplicată conştient de către pacient ori de câte °n apar gândurile obsesive; în final, ca urmare a exercițiului, tehnica se va desfăşura automat, inconştient.

(c). Tehnici de control al stimulilor

Putem decelera un comportament prin controlul stimulilor care îl orsează. Spre exemplu, comportamentul alimentar este inițiat de stimuli cu oare^ alimentară. Pentru a controla acest comportament trebuie să n rolărn stimulii. Astfel, este indicat să Se mănânce doar în bucătărie. Nu se anancă în dormitor, la TV etc. Organizându-ne astfel mediul, în timp se §[e] ca stimulii din dormitor şi camera de zi să nu mai aibă valoare de

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

D3V,d' compo^meS^- ***■*■ * ^^ cognij **Shank, L_J** & Shaffer, C. (1984). *A therapisfs manual for cognitive-behavwr therapy.* Plenum Publ. Corp., NY.

Capitolul 4

TEHNICI DE INTER VENȚIE LA NIVEL BIOLOGIC/FIZIOLOGIC

- Dan DA VID -

Chapter 4 is entitled "Intervention techniques at biological level". In this chapter, we present in detail the autogenic training, progressive relaxation and biofeedback as techniques for modifying the balance of autonomie nervous system. We also present here the behavioral techniques for changing the respondent behavior: flooding, and systematic desensitization.

Key words: *respondent behavior, relaxation and behavioral techniques.*

Cuvinte cheie: *comportament respondent, tehnici de relaxare.*

Modificările la nivel biologic vizează modificări în cadrul mecanismului 1.2.9. şi 10.9. (vezi cap.l) şi pot fi induse prin: chimioterapie şi alte tehnici medicale, tehnici de relaxare, şi tehnici behavioriste pe principiul condiționării clasice.

TEHNICI DE RELAXARE

Tehnicile de relaxare induc modificări la nivel biologic prin modificarea balanței neurovegetative în sensul echilibrării acesteia şi scăderii dominanței sistemului nervos vegetativ simpatic. Acest fapt este benefic în sensul că reduce parametrii psihofiziologici ai stresului şi anxietății cu impact pozitiv asupra tratamentului tulburărilor psihosomatice şi recuperării după [stf]es şi anxietate (Catania şi Brigham, 1987).

Cele mai utilizate tehnici de relaxare sunt:

- trainingul (antrenamentul) autogen,
- relaxarea progresivă Jacobson,
- tehnica biofeedback,
- hipnoza (vezi partea a doua a lucrării).

!• Antrenamentul autogen

curs [Starea] autogenă se obține printr-un antrenament de câteva luni în cărora se efectuează următoarele exerciții:

(1). exercițiul bazai prin care se obține starea de relaxare;

- introducere (1-2 şedințe)
- exercițiul greutății (2-3 şedințe)
- exercițiul căldurii (2-3 şedințe)
- exercițiul cardiac (2 şedințe)
- exercițiul respirator (1 şedință)
- exercițiul plexului solar (1 şedință)
- exercițiul răcelii frunții (2 şedințe) (2). exercițiul prin care se induc modificări somatice; (3). exercițiul prin care se induc modificări psihice; (4). exercițiul meditației. Vom prezenta în cele ce urmează una din variantele prim

exercițiu în scopul obținerii relaxării.

Exercițiul bazai prin care se obține starea de relaxare

Introducere: se prezintă tehnica, istoricul ei, aplicațiile acesteia, alege poziția confortabilă (cele mai indicate: culcat pe spate sau întn fotoliu comod) apoi într-o ambianță liniştită se spune:

- acum te rog să închizi uşor ochii şi să respiri adânc de 2-3 ori,
- începi să fii calm şi relaxat,
- la început, încercând să te relaxezi, s-ar putea să-ți vină în ml! mai multe gânduri decât erau înainte; lasă-le să treacă, cum vin pleacă,
- o linişte plăcută te cuprinde,
- eşti tot mai calm şi mai relaxat.

Exercițiul greutății

Acum te concentrezi uşor asupra mâinii drepte (sau stângi în fund de brațul dominant - se începe cu brațul dominant). Mâna dreaptă începe să devină mai grea. Mâna dreaptă este mai grea. O greutate plăcută cuprinde mâna dreaptă. Mâna dreaptă este grea. Mâna dreaptă este grea ca plumbul. Mâna dreaptă este grea ca un braț de statuie. Mâna dreaptă grea. (repetă de 5-20 ori). (Identic pentru mâna stângă).

Brațele sunt grele, grele ca plumbul, ca nişte brațe de statuie, (rep de 5-20 ori).

Acum te concentrezi uşor asupra picioarelor.

Picioarele încep să devină mai grele. Picioarele sunt mai grele. O greutate plăcută cuprinde picioarele.

Picioarele sunt grele.
Picioarele sunt grele ca plumbul.
Picioarele sunt grele ca nişte picioare de statuie.
Picioarele grele, (repetă de 5-20 ori).
întregul corp este greu.
Greu ca plumbul.
Sunt calm, relaxat.
întregul corp este greu ca plumbul.
Sunt calm, relaxat.

Exercițiul căldurii

Mâna dreaptă începe să devină mai caldă.
Mâna dreaptă este mai caldă.
O căldură plăcută cuprinde mâna dreaptă.
Mâna dreaptă este caldă.
Mâna dreaptă caldă, (repetă de 5-20 ori).
(Identic pentru mâna stângă).
Brațele sunt calde, (repetă de 5-20 ori).
Picioarele încep să devină mai calde.
Picioarele sunt mai calde.
O căldură plăcută cuprinde picioarele.
Picioarele sunt calde.
Sunt calm, relaxat.
întregul corp este greu ca plumbul.
Brațele şi picioarele sunt calde.
O liniște plăcută mă cuprinde.
Sunt calm, relaxat.

Exercițiul cardiac

Inima bate liniştit şi ritmic, (repetă de 5-20 ori).

Exercițiul respirației

Respirația este adâncă şi liniştită, (repetă de 5-20 ori)

Exercițiul plexului solar.

Plexul solar este mai cald.
O căldură plăcută cuprinde plexul solar.
Plexul solar este cald. (repetă de 5-20 ori).

Exercițiul frunții

O răcoare plăcută cuprinde fruntea.
Fruntea este răcoroasă, (repetă de 5-20 ori).
Sunt calm, relaxat.
O liniște plăcută m-a cuprins.
Orice senzație neplăcută a dispărut.
Sunt calm, relaxat.

Exercițiul de anulare a stării autogene

Respir adânc, liniştit.
Mă simt refăcut ca după un somn lung, odihnitor.
Deschid uşor ochii, mă trezesc.
Mişc braţele şi picioarele.

Mecanismul antrenamentului autogen

Poziția aleasă, închiderea ochilor şi condițiile de mediu induc în natural, prin mecanisme fiziologice specifice, o stare de relaxare muscu Exemplu: lipsa stimulării proprioceptive intense (prin poziția aleasă) stimulărilor din mediu (prin închiderea ochilor şi organizarea mediului) C activitatea formațiunii reticulate şi gradul de stimulare pe care ace% exercită asupra scoarței cerebrale. In consecință, tonusul muscular se ref Şi muşchii se relaxează.

Pe acest fond se exercită ulterior formule verbale specifice. Aces, îndeplinesc două funcții: I

(1) se asociază cu starea de relaxare naturală indusă P, mecanismele amintite anterior; prin asocieri repetate se ajunge să se pOj declanşa ulterior rapid starea de relaxare ca urmare a conexiunii putern existente la nivel cortical, formate prin exercițiu, între formulele verbale starea de relaxare musculară. Altfel spus, ulterior subiectul îşi generează Pn formule verbale relaxarea musculară;

(2) în primele şedințe ale trainingului autogen, formulele verb joacă de asemenea rolul unor „atubutiieronate. Mai precis, subiec. interpretează subiectiv senzațiile ~~rrmseu~~hfl^cT^stare de relaxare etiche', de formule verbale (vezi teoria detectării semnalului - alarme false). Aceaf etapă este esențială în învățarea trainingului autogen, deoarece ea învin anxietatea de performanță care ar rezulta în cazul în care subiectul nu ar si". in scurt timp, la nivel subiectiv, senzațiile sugerate. Mai mult, aceaS, anxietate de performanță ar împiedica realizarea relaxării. I

2. Relaxarea progresivă Jacobson

Este o metodă de relaxare inițiată de Jacobson. Ea constă alternarea relaxării şi tensionării principalelor grupe de mușchi până eliminarea contracțiilor musculare şi obținerea relaxării.

1. Introducere: se prezintă principiile tehnicii, istoricul, aplicațiile «j se alege o poziție confortabilă într-un fotoliu sau culcat pe spate.
2. Acum închide uşor ochii şi respiră adânc de trei ori.
3. Strânge puternic pumnul drept astfel încât să simți tensiune mână şi antebraţ, ține aşa, observă ce simți, bine, acum relaxează.
4. Repetă 3.

5. Repetă 3 şi 4 pentru pumnul stâng.
6 Strânge puternic pumnul drept şi îndoaie antebraţul astfel încât să • nsiune în antebraţ şi biceps, ține aşa, observă ce simți, acum relaxează.
Sim 7. Repetă 6.
8 Repetă 6 şi 7 pentru mâna stângă.
9. Acum repetă simultan 7 şi 8.
10 Strânge puternic muşchii din jurul ochilor astfel încât să simți une în jurul ochilor şi la nivelul frunții, ține aşa, observă ce simți, bine, relaxează.
11. Repetă 10.
12 Strânge puternic maxilarul, ridică bărbia astfel încât muşchii cefei să fie contractați, observă ce simți, bine, acum relaxează.
13. Repetă simultan 10 şi 12.
14. împinge puternic pieptul în față şi trage umerii în spate, astfel încât să simți tensiune în mușchii spatelui, ține aşa, foarte bine, acum relaxează.
15. Repetă 14 şi în plus trage abdomenul astfel incat să simți încordați mușchii abdomenului, ține aşa, observă ce simți, bine, acum relaxează.
16. Repeți 15.
17. Respiră adânc de trei ori şi repetă simultan 9, 13 şi 15.
18. Ridică degetele de la picioare astfel încât să simți o puternică tensiune în gamba şi coapsa dreaptă, ține aşa, bine, acum relaxează.
19. Repetă 18.
20. Repetă 18, 19 pentru piciorul stâng.
21. Repetă 20 şi 19 simultan.
22. Respiră adânc de trei ori şi repetă simultan 9, 13, 15 şi 21.

Fiecare exercițiu durează aproximativ 20-30 de minute.

1. Practicați cei 22 de paşi cel puțin de 3 ori în decursul a 2 zile.
2. Practicați paşii 1, 9, 17, 22 de ce puțin 3 ori în decursul a 2 zile.
3. Practicați paşii 1 şi 22 de ce puțin 3 ori în decursul unei zile.

Mecanismul relaxării progresive Jacobson

Prin tehnica relaxării progresive Jacobson, subiectul învață să operaționalizeze conceptele de relaxare şi tensiune. Ulterior, ca urmare a exercițiilor repetate, se întăreşte conexiunea între eticheta lingvistică de relaxare şi starea efectivă pe care aceasta o defineşte, subiectul reuşind astfel să-?i controleze lingvistic şi voluntar relaxarea musculară.

3. Tehnica biofeedback

Biofeedback-ul este o metodă dezvoltată din anii '60 în Statele Uri>te. Sintetic prezentată, tehnica presupune utilizarea unor instalații

electronice pentru detectarea şi amplificarea unor procese fiziolq inconştiente (ex. conductanţa electrică a pielii, pulsul, ritmul cardiac, un] alfa cerebrale etc.). Semnalul fiziologic - transformat cu ajutorul ac instalaţii electronice în stimul auditiv sau vizual - este prezentat subiec* care astfel conştientizează indirect (cu ajutorul semnalului vizual sau aud procesele fiziologice inconştiente respective. Aceasta constituie pref controlului pe care subiectul îl poate dobândi asupra proceselor fiziolq inconştiente. Pe scurt spus, biofeedback-ul este o tehnică prin care ajunge* controlăm funcţiile biologice interne ale organismului. în comparaţia tehnicile de relaxare amintite mai sus, biofeedback-ul realizează o mai a discriminare a proceselor fiziologice inconştiente. Spre exemplu, în trainii autogen şi în relaxarea progresivă Jacobson subiectul discriminează mi între starea de relaxare versus starea de tensiune. Sigur că aceste s presupun modificări specifice ale proceselor fiziologice (ex. starea de relaş presupune reducerea ritmului cardiac, reducerea conductanţei electricţ pielii, apariţia undelor alfa etc), dar subiectul nu conştientizează şij controlează modificarea fiziologică specifică (ex. reducerea ritmului cardj ci doar o stare de ansamblu (starea de relaxare) care presupune uneori impl starea fiziologică specifică. Această diferenţă între tehnicile prezentate nu importanţă dacă scopul pe care îl urmărim este inducerea unei stări genei"* de relaxare. Consecinţa însă este alta dacă urmărim modificarea specifici unor parametri fiziologici inconştienţi, cum se întâmplă în cazul ii tulburări psihosomatice-ţintă (ex. reducerea tensiunii arteriale în C hipertensiunii). în acest ultim caz, utilizarea tehnicii biofeedback pei modificarea parametrului fiziologic-ţintă în opoziţie cu utilizarea unei teh: de relaxare ce determină o modificare globală a tuturor parametri fiziologici se exprimă într-o eficientizare a modificării parametrului fiziolo' de interes atât sub aspectul vitezei, cât şi al stabilităţii şi intensităţii. Siguri şi în cazul tehnicii biofeedback, modificând un parametru fiziologic (? reducând ritmul cardiac), influenţăm şi parametrii altor procese fizioloa (ex. reducerea tensiunii arteriale) dar tehnica se focalizează în principal parametrul care ne interesează, cu consecinţele pozitive amintite mai sus.

Procedură:

Şedinţa 1. Introducere. Se urmăreşte: (a) justificarea faţă de subiecj utilizării tehnicii biofeedback raportată la problema pe care urmărim săj rezolvăm; (b) operaţionalizarea termenilor de relaxare şi tensiune; I prezentarea tehnicii biofeedback ca tehnică de relaxare şi/sau de modificarj unor parametri specifici: istoric, evoluţie, procedură, eficienţă; (d) prezentai instalaţiei şi a aparaturii: este important ca subiectul să manipuleze apar» pentru a se familiariza cu el; (e) alegerea funcţiei fiziologice specifice care face obiectul controlului prin tehnica biofeedback. Dacă scopul este induceij

unei stări de relaxare este indicat ca subiectul să fie determinat indirect să

teze pentru modificarea pulsului (deoarece este o funcţie mai uşor ontrolabilă comparativ cu undele alfa sau cu conductanţa electrică a pielii, orespunde cu miturile subiectului referitoare la ceea ce înseamnă relaxare şi nu implică o stare de anxietate care s-ar genera în cazul în care am încerca să modificăm funcţiile strâns legate de un organ vital -ex. modificarea undelor alfa cerebrale). Optăm pentru o modificare a oricărui parametru fiziologic, în cazul în care condiţiile şi boala pacientului o cer.

Şedinţa 2. Se începe exerciţiul propriu-zis într-o ambianţă liniştită, cu lumină difuză şi după ce pacientul îşi alege o poziţie confortabilă încercând să se relaxeze. Uneori este indusă o relaxare prealabilă de către terapeut, treptat pacientul învăţând cu ajutorul tehnicii biofeedback să şi-o inducă singur. Pe măsură ce apar modificările dorite (ex. reducerea intensităţii sunetului în cască pe măsura reducerii frecvenţei pulsului), terapeutul administrează întăriri pacientului (ex. "Da", "Bine", "Excelent", "Continuă" sau semne non-verbale de încurajare), efectele biofeedback-ului fiind condiţionate în fapt de binecunoscuta lege a efectului: un comportament urmat de o consecinţă pozitivă tinde să-şi crească frecvenţa. Treptat întăririle sunt administrate de pacient (autoîntăriri), pentru ca apoi să funcţioneze ca întărire tocmai apariţia în diverse grade a efectului dorit (ex. reducerea intensităţii sunetului). Când subiectul reuşeşte să-şi controleze voluntar funcţia internă în aceste condiţii, se trece în şedinţele următoare la încercarea de a controla această funcţie în condiţii mai ecologice, trecându-se prin următoarele gradaţii:

(1) aceleaşi condiţii ca mai sus, dar cu ochii deschişi;
(2) aceleaşi condiţii ca mai sus, dar fără aparat;
(3) într-o cameră bine luminată, cu aparat;
(4) într-o cameră bine luminată, fără aparat;
(5) într-o cameră bine luminată, în prezenţa a 2-3 persoane, cu aparat;
(6) într-o cameră bine luminată, în prezenţa mai multor persoane, fără aparat.

In condiţiile în care exerciţiile se desfăşoară fără aparat, înregistrarea incării se realizează ulterior efectuării exerciţiului. Ori de câte ori o fază funcţionează, ne întoarcem la faza anterioară pe care o stabilizăm şi ^rcam aP°i să abordăm din nou, în mod gradat, faza la care au existat sino 6me" *ntre ţintele terapeutice este indicat ca pacientul să exerseze sub^Ur aoaSă oe' pu*m ^e cıouă o" pe z' 'n ^aza ^e mva^are- Ulterior, după ce ca h î^ăţat tehnica, frecvenţa exerciţiilor se poate reduce, cu condiţia sen I'Ca Să *"le efec tiv practicată pentru modificări fiziologice specifice sau rale <vezi starea de relaxare).

Mecanismul biofeedback-ului

Prin tehnica biofeedback, subiectul învaţă să operaţional^ conceptul de relaxare şi/sau de modificare a unui parametru specific- apariţia ritmului alfa). Ulterior, ca urmare a exerciţiilor repetate, se întăjj conexiunea între eticheta lingvistică de relaxare şi/sau modificare specifi starea efectivă pe care acestea o definesc, subiectul reuşind astfel ; controleze lingvistic şi voluntar relaxarea musculară şi/sau modific specifică.

Tehnica biofeedback este favorizată de următoarele premise:

(1) De cele mai multe ori o funcţie internă a organismului nul liniară, ea variind continuu între anumite limite; în momentul în I terapeutul observă o variaţie a funcţiei în sensul urmărit, va admin întăririle care, conform legii efectului, vor duce la creşterea frecv modificării dorite;

(2) Poziţia aleasă, închiderea ochilor şi condiţiile de mediu ind mod natural, prin mecanisme fiziologice specifice, o stare de reia musculară. Exemplu: lipsa stimulării proprioceptive intense (prin po aleasă) şi a stimulărilor din mediu (prin închiderea ochilor şi organi mediului) reduc activitatea formaţiunii reticulate şi gradul de stimulare, care aceasta îl exercită asupra scoarţei cerebrale. în consecinţă, tonii muscular se reduce şi muşchii se relaxează;

(3) în cazul în care după mai multe încercări modificarea dorită apare sau nu se menţine nici măcar un timp scurt, terapeutul poate schi) uşor (în sensul dorit şi aşteptat de subiect) şi intenţionat valoarea parametrii conştientizabil (ex. sunet) prin care funcţia internă se exprimă. Aceasta d[r] la scăderea anxietăţii de performanţă a subiectului, care adesea interfera apariţia modificării dorite. Mai mult, pentru a stimula apariţia modifi dorite, terapeutul poate da pacientului sugestii asemănătoare celor din ca trainingului autogen; nu este însă indicat a se abuza de aceste form deoarece astfel se elimină unul dintre aspectele fundamentale biofeedback-ului, şi anume acela care conferă individului sentimentul independenţă şi autocontrol, cu efecte benefice asupra eficientei terapiei.

Tehnica biofeedback este indicată în special atunci când dorii modificăm preponderent un proces fiziologic-ţintă. De asemenea, indicată în cazul subiecţilor cu o pregătire tehnică, în ştiinţele exacte.

Concluzie. Tehnicile de relaxare propuse se constituie în met eficace de intervenţie nu doar pentru remiterea simptomelor generate d situaţie anxiogenă şi/sau stresantă, ci şi pentru prevenirea acestora îmbunătăţirea performanţelor subiecţilor în situaţii în care starea de relax este un factor care poate creşte eficienţa (ex. performanţe sportive - tir arcul etc).

Cercetările actuale se focalizează în special pe circumscrierea . „sihologic al subiecţilor care pot obţine beneficii printr-o tehnica [pr0]f,luiui *v* [asupra modului în care] tehnicile pot fi combinate în scopul sau al», pr^j ^ [(tn spedal] ^„„„^1 autogen cu biofeedback-ul, [creşterii] progresivă cu biofeedback-ul, hipnoza cu fiecare dintre ele).

TEHNICI BEHAVIORISTE PE PRINCIPIUL CONDIŢIONĂRII CLASICE

Aceste tehnici au fost elaborate de terapia comportamentală în scopul modificării efectelor biologice (activarea SNV) ale stimulilor ţintă. Altfel spus, se modifică legătura între stimulul condiţionat şi reacţia necondiţionată (Shank şi Shaffer, 1984).

(1). Tehnica flooding (sau a inhibiţiei de stingere)

Ruperea legăturii între stimulul condiţionat (ex. stimulul fobie) şi reacţia necondiţionată (reacţia anxioasă exprimată prin dominanţa simpaticului) se face pe baza inhibiţiei de stingere. Subiectul este expus stimulului fobie, fiind lăsat să experienţieze timp îndelungat starea de anxietate până la apariţia inhibiţiei de stingere. Inhibiţia de stingere se referă la faptul că dacă stimulul condiţionat nu este însoţit de stimulul necondiţionat, treptat acesta nu mai determină răspunsul condiţionat. Altfel spus, dacă stimulul fobie nu este însoţit de un stimul necondiţionat care determină o reacţie de anxietate acesta treptat nu mai determină anxietate condiţionată (intensitate anxietăţii se reduce treptat în cursul expunerii).

Există câteva variante ale acestei tehnici:

(1) stimulul anxiogen poate fi prezentat in vivo (real) - integral sau gradat;

(2) stimulul anxiogen poate fi prezentat în imaginar - integral sau gradat.

Indicaţii: fobii de intensitate subclinică; timpul de expunere cât mai mare - la început reacţia anxioasă va deveni mai puternică apoi ma măsura expunerii prelungite ea se va diminua-

Contraindicaţii: cardiaci; nu se fac expuneri de scurta durata.

(2). Tehnica desensibilizării progresive (sau a inhibiţiei condiţionate)

Ruperea legăturii între stimulul condiţionat (ex. stimul fobie) şi reacţia necondiţionată (ex. anxietatea) se face în baza inhibiţiei reciproce. St -mulului condiţionat i se ataşează un nou răspuns (ex. relaxare) incompatibil [cu] reacţia anterioară (ex. anxietatea). Procedura presupune mai multe etape (1). Se identifică stimulul anxiogen (ex. înălţimea in cazul fobiei [în]ălţime)

(2). Stimulul anxiogen este gradat (ex. gradația 1 etajul 1, grada, etajul 2 etc.) astfel încât evaluarea pe o scală de la 0 (stimul neanxiogen; 100 (stimul extrem de anxiogen) a fiecărei gradații să nu depășească cu mult de 5 puncte gradația imediat inferioară. Se fac aproximativ 15-2Q gradații începând de la gradația 0 până la 100 sau peste 100.

(3). Subiectul este învățat o tehnică de relaxare.

(4). Subiectului i se prezintă, pe fondul stării de relaxare, în gradat, stimulul anxiogen in vivo sau în imaginar. Se începe cu prima grad' (ex. etajul 1). Subiectul este expus timp de 10 secunde la acest stimul. El reacția anxioasă nu apare (evaluarea gradației pe care o face subiectuț această condiție pe scala de la 0 la 100 este 0 sau mai mică decât 5) se trec, gradația 2. Dacă apare reacția anxioasă, atunci se efectuează urmat: algoritm:

(a) se repetă prezentarea gradației 1 pe fondul de relaxare. Dacă, apare reacția anxioasă, atunci se trece la gradația 2. Dacă apare reaf anxioasă, atunci se trece la (b);

(b) se prezintă pe fondul de relaxare gradația 1 timp de 20 secun Dacă nu apare reacția anxioasă, atunci se trece la gradația 2. Dacă an reacția anxioasă, atunci se trece la (c);

(c) gradația 1 se descompune în alte componente, mai p' anxiogene (ex. gradația la parter, gradația lb urc treptele către etajul **1 etcl**

(d) se prezintă gradația la și algoritmul se reia.

Indicații: fobii clinice extrem de intense.

Dacă desensibilizarea se realizează în imaginar, treptat, spre sfârși terapiei, ea trebuie transpusă in vivo. Există o diferență de aproximați situații din cele ierarhizate între expunerea în vivo și expunerea în imagirj expunerea în imaginar devansând așadar expunerea în vivo cu 5 situații.

(3). Tehnica expunerii gradate

Ruperea legăturii între stimulul condiționat și reacția necondiție se realizează prin inhibiție condiționată. Mai precis, stimulul condiția anxiogen este prezentat gradat la o intensitate extrem de slabă, el neput, declanșa răspunsul condiționat; el este asociat astfel cu un răspi neanxiogen. Repetând această procedură, stimulul fobie își pierde valoarea' stimul condiționat pentru reacția anxioasă el generând în final un răspr' neanxiogen. O variantă a acestei tehnici este *tehnica modelării,* în *d* subiectul este expus la stimulul fobie gradat și indirect, observând involuții comportamentul terapeutului de abordare gradată a stimulul fobie. Pacient urmează și imită comportamentul gradat al terapeutului față de stimulul **foraj**

Indicații: terapia copilului.

(4). Tehnica implozivă (sau a inhibiției de protecție).

în acest caz stimulul fobie este exagerat în frecvență sau intensitate astfel încât acesta generează o stare de anxietate extrem de puternică. Această stare se diminuează ulterior prin inhibiția de protecție. Răspunsul inhibitiv este unul înăscut de protecție a sistemului nervos față de un excitant prea puternic. Spre exemplu, în cazul unei fobii față de șobolani subiectului i se cere să-și imagineze că este acoperit cu șobolani care mișună pe corpul său, șobolanii sunt mulți, din ce în ce mai mulți etc.

Contraindicații. Nu se utilizează în vitro (condiții de viață), în cazul fobiilor de intensitate clinică și a pacienților cu tulburări cardiovasculare. Indicații: A se utiliza în vivo (în imaginar), în cazul fobiilor de intensitate subclinică și a subiecților motivați pentru o remitere rapidă a simptomatologiei.

TEHNICI DE CONTROL AL RESPIRAȚIEI

(1). Tehnica expunerii interoceptive

Se cere pacientului să respire adânc și cu frecvență mare pe gură timp de 1-2 minute. Acest exercițiu va duce la apariția hiperventilației și în consecință la declanșarea unor simptome asemănătoare celor declanșate în crizele anxioase (ex. leșin, amețeală, ritm cardiac crescut etc).

Indicații: Tehnica este utilă în modificările cognitive din atacul de panică, când pacientul trebuie convins că, crizele sale sunt declanșate prin mecanismul hiperventilației și nu se datorează unei boli grave, incurabile și incontrolabile.

(2). **Tehnica** de **control** al **respirației**

Pacientul este învățat să respire ușor și lent pe nas (3-4 secunde inspirația, 4 secunde expirația).

Indicații: Tehnica este utilă când dorim să învățăm pacientul să Prevină și să controleze hiperventilația.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA/SELECTIVE I REFERENCES

Catania, C, & Brigham, T. (1987). *Handbook of Applied Behavior And* Irvington Publisher, New-York. David, D. (în pregătire). *Psihoterapie şi hipnoterapie co comportamentală.* Shank, L. J., & Shaffer, C. (1984). *A therapist's manual for cognitive- behavior therapy*. Plenum Publ. Corp., NY.

Capitolul 5

ANXIETATEA DIN PERSPECTIVA ŞTIINȚEI COGNITIVE

- Dan DAVID -

Chapter 5 is entitled "Anxiety and cognitive science". In this chapter, we approach anxiety disorders from the cognitive science point of view, analyzing anxiety atfour levels: cognitive, behavioral, biological and subiective.
Key words: anxiety disorders, cognitive science.
Cuvinte cheie: tulburări de anxietate, ştiințe cognitive.

1. ASPECTE TEORETICE, ETIOPATOGENETICE ŞI TERAPEUTICE

Modelul cognitiv prezentat in capitolul 1 şi tehnicile de intervenție la nivelele cognitiv, comportamental şi biologic prezentate în capitolele 2, 3 şi 4 vor fi particularizate în acest capitol în cazul anxietății. Anxietatea este un termen care semnifică modificări specifice la patru nivele: subiectiv, cognitiv, comportamental şi biologic/fiziologic.

(a). Modificările de la nivelul subiectiv

Caracterizare - La nivel subiectiv, în cazul anxietății, pacientul îşi descrie trăirile ca un sentiment de teamă, catastrofa imediată, neputință, groază. Aceste sentimente şi trăiri sunt cele care îl determină pe subiect să peleze la specialist în scopul psihoterapiei.

Metode de identificare - Singura metodă disponibilă pentru a entifica modificările de la acest nivel este introspecția şi apoi relatarea Pacientului: "mă simt ca şi cum...."

Cauze - Trăirile subiective sunt expresia interacțiunilor modificărilor [a] nivel cognitiv, comportamental şi fiziologic.

int *Tratament* - Eliminarea trăirilor anxioase se realizează indirect, prin •[r]venții la nivel cognitiv, comportamental şi fiziologic.

(b). Modificările de la nivelul cognitiv

Caracterizare - La nivel cognitiv, problemele apărute prezint aspecte.

(1). *Primul aspect* se referă la discrepanța cognitivă externă/int şi discrepanța cognitivă internă implicate în mecanismul 1.2.9. şi 8.9 (j cap.l). Subiectul, datorită procesărilor şi conținuturilor informațio dezadaptative (ex. expectanțe, atribuții, etichetări, motive nerealiste **e** interpretează eronat situațiile din realitatea externă sau internă - discrep cognitivă externă/internă - ceea ce generează distres sau alte tulfr emoționale. Mai mult, procesările şi conținuturile informațio dezadaptative duc la prelucrarea preferențială din mediu a stimu anxiogeni, ignorând stimulii neutri sau afectiv pozitivi. Această preluc preferențială a stimulilor negativi amplifică anxietatea, intrând astfel întrj cerc vicios în care anxietatea favorizează selecția stimulilor negativi} această selecție menține anxietatea.

Exemple.

Situația din realitatea externă	**Procese şi dezadaptative**	**conținuturi**	**Rezulta j**
Nota 6 la un examen important	• Totdeauna în tot ceea ce fac trebuie să fiu primul, altfel sunt incapabil şi prost	• La acest examen trebuie să iau nota maximă şi să fiu cel mai bun, altfel sunt incapabil şi prost	**1** distres

Situația din realitatea internă	**Procese şi dezadaptative**	**conținuturi**	**Rezulta**
Tremur	• Totdeauna trebuie să fiu stăpân pe mine şi să mă controlez	• Acum trebuie să mă controlez perfect	distres

Un rol important revine şi discrepanței cognitive interne, înțeleasă un conflict conştient sau inconştient între motivele noastre sau între motive de o parte şi normele şi valorile noastre socio-morale pe de altă parte.

(2). *Al doilea aspect* se referă la faptul că subiectul are dificultăți găsirea unor soluții adecvate pentru rezolvarea şi modificarea problemelor) situațiilor din realitate care determină distres în condițiile în care subiectul sau nu procesări şi conținuturi informaționale dezadaptative.

Exemplu: un 6 nemeritat pe o lucrare bună are consecințe emoțion diferite pentru un subiect care are o mulțime de abilități administrative I exemplu ştie că se poate face contestație, că poate veni la mărire etc.)| comparație cu un student care nu cunoaşte aceste lucruri, considerând noi definitivă.

(3). Subiectul are dificultăți în a se adapta la situația de distres nemodificabilă, neelaborând cele mai eficiente mecanisme de coping cognitiv (mecanismul 10.9., vezi cap.l).

Exemplu: în cazul morții unei persoane apropiate, negăm faptul că a murit (negare dezadaptativă) sau încercăm să nu ne mai gândim la persoana respectivă, ca şi cum ea nu ar fi existat (represie dezadaptativă). Aceste mecanisme dezadaptative nu fac altceva decât să amplifice simptomatologia prin situațiile pe care le crează în relație cu ceilalți. *Metode de identificare (vezi capitolul 2).*

Cauze - Cauzele cogniților dezadaptative, a lipsei abilităților de a rezolva o situație-problemă externă, a mecanismele de coping dezadaptative sunt expresii ale experienței de viață, fiind învățate explicit sau implicit în cursul dezvoltării ontogenetice. Bazele lor s-au pus în copilărie, iar apoi pe parcursul vieții ele s-au îmbogățit şi dezvoltat continuu.

Tratament - Pentru eliminarea cogniților dezadaptative se utilizează tehnici de restructurare cognitivă. Pentru lipsa abilităților de a rezolva **o** situație-problemă externă se utilizează tehnica rezolvării de probleme şi antrenamentul asertiv. Pentru eliminarea mecanismelor de coping dezadaptative se utilizează tehnica inoculării stresului - stress inoculation training (SIT). Pentru detalii, vezi capitolul 2.

(c). **Modificările de la nivel comportamental**

Caracterizare - La nivel comportamental, anxietatea se caracterizează prin comportamentul de evitare a situațiilor anxiogene (coping comportamental dezadaptativ).

Exemplu (depresie anxioasă): în cazul morții unei persoane apropiate, ne izolăm, nu comunicăm cu ceilalți, nu ne mai preocupă viitorul, încercând astfel să evităm situațiile care ne-ar aminti de pierderea suferită. Aceste mecanisme dezadaptative nu fac altceva decât să amplifice simptomatologia. Mecanisme de coping adaptative ar fi în acest caz: ritualurile religioase, îngrijirea mormântului celui drag, implicarea în activitățile în care cel mort s-ar fi implicat el însuşi sau ar fi vrut să ne 'mplicăm etc. realizându-se astfel treptat reintegrarea pacientului în mediu.

Metode de identificare - Se utilizează introspecția şi observația efectuată de către terapeut.

Cauze - învățarea prin întărire negativă.

Tratament - Tehnici de modificare comportamentală. Pentru detalii vezi cap. 3.

(d). Modificările de la nivel fiziologic

Caracterizare - La nivel fiziologic, anxietatea se poate caracteriza toate modificările induse de dezechilibrul sistemului nervos vegetativ cu

predominanţa simpaticului. Astfel, creşte ritmul cardiac, se mo conductanţa electrică a pielii, creşte frecvenţa respiraţiei, creşte tens arterială, creşte tensiunea musculară, apare senzaţia de gură uscată, de vomă, poate apare diareea, micţiuni frecvente etc. De asemenea, apar numita reacţie de "fugă sau luptă" exprimată mai mult motor (tulbur vorbire, dificultăţi în controlul voluntar al mişcărilor - ex. tremor etc. termen lung, în condiţiile nerezolvării problemelor de anxietate, a cronic; acestora, modificările la nivel fiziologic vor determina tulb psihosomatice care vor complica stare pacientului.

Metode de identificare - introspecţie, observarea pacientului de terapeut, măsurători cu aparate specifice.

Cauzele acestor modificări fiziologice sunt multiple:

(a) helplessness (neajutorare): discrepanţă între ceea ce vreau să ceea ce mi se cere să fac şi ceea ce ştiu să fac;

(b) discrepanţă la nivel cognitiv între ceea ce ne aşteptăm $ întâmple (propriile expectanţe) şi ceea ce se întâmplă de fapt (în m extern sau intern);

(c) condiţionare clasică, aceste modificări fiind determinate stimul condiţionat;

(d) comportament nesănătos prin: consumul de diverse subs (droguri, medicamente) sau alimente (cafea), efort fizic sau sport în etc;

(e) cauze biologice (ex. hipersecreţia de adrenalină şi noradrenaf

Tratament. In acest caz tratamentul poate fi etiologic simptomatic.

(1). Tratament etiologic - Pentru: cauzele de la punctul antrenament asertiv; pentru cauzele de la punctul (b) restructurări cogniti tehnici de rezolvare de probleme, antrenament asertiv (vezi cap.2); peij punctul (c) tehnici de modificare la nivel biologic pe principiul condiţiona clasice (desensibilizare progresivă, flooding, modelare şi expunere gradat vezi cap. 4); pentru punctul (d) tehnici de modificare comportamentală principiul condiţionării operante (vezi capitol 3); pentru cauzele biologice la punctul (e) chimioterapie.

(2). Tratament simptomatic - tehnicile de relaxare şi chimioterapia condiţiile a, b, c şi d de la 1.

2. ASPECTE DIAGNOSTICE ALE ANXIETĂŢII

Cercetarea psihologică (Lader şi Marks, 1971; Heap, 1991; Davi 1999) arată că nu este necesar ca modificările specifice anxietăţii să ap simultan la cele patru nivele într-un mod conştientizat de subiect.

b$*ıne ■» ce,e pMra mvet (vezl N i

Tabel 1.

Anxietatea în funcţie de nivelele alterate	1	2	3	4	5	6	7
vele subiectiv-cognitiv	+	+	+	-	-	-	+
comportamental	+	+	-	+	-	+	-
Tărătăprezenţa modificărilor la nivelul respectiv	+	-	-	+	+	-	+

- lipsa unei modificări de intensitate conştientă şi semnificativă (clinică)

Cel mai frecvent întâlnit tip de anxietate este tipul 1, el urmând a fi tratat în continuare. Patternurile 1, 4, 5 şi 7 sunt cele care pe termen lung în condiţiile nerezolvării tulburărilor de anxietate vor genera tulburări psihosomatice. Pacienţi care prezintă patternurile 4 şi 5 vor nega că suferă de anxietate, aceşti pacienţi fiind întâlniţi doar în secţiile de interne, cardiologie, ginecologie, urologie şi nu la psihiatrie; psihoterapia acestor pacienţi este dificilă deoarece ei nu acceptă cauza psihologică a problemelor lor organice. Dintre pacienţii care se prezintă la psiholog sau la psihiatru (1, 2, 3, 7), o atenţie deosebită trebuie acordată patternurilor 1 şi 7 deoarece nerezolvate şi cronicizate pe termen lung, tulburările de anxietate vor fi dublate de tulburări psihosomatice. Patternul 6 este reprezentat de conversia motorie isterică în care apare paralizia menţinută de anxietate.

Oricum, după cum aminteam mai sus, cel mai frecvent pattern întâlnit în practica clinică este 1, de aceea acesta va fi tratat în cele ce urmează.

Interacţiunea acestor patru nivele dă naştere tulburărilor specifice de anxietate conform DSM-IV. Nu se cunosc încă foarte precis mecanismele Mime specifice prin care interacţiunea celor patru nivele dă naştere unei tulburări de anxietate specifice conform DSM. Studiile viitoare vor clarifica cu certitudine acest aspect datorită uriaşelor sale implicaţii teoretice şi P^gmatice.

Conform DSM-IV, tulburările de anxietate apar sub următoarele forme:

1. atac de panică fără agorafobie,
2. atac de panică cu agorafobie,^
3. agorafobie fără atac de panica,
4 fobii simple,
5 bsesiv-compulsive, 7. stres
6 osttraumatic,

8. stres acut,
9. anxietate generalizată,
10. anxietate datorită unor tulburări organice,
11. anxietate datorită consumului de substanțe chimice,
12. tulburări de anxietate nespecificate.

Criteriile de diagnostic pentru fiecare tulburare în parte sunt explic» prezentate în DSM-IV, astfel că nu are rost să le reproducem aici. Mai jfl menționăm principalele teste psihologice utilizate în diagnosticul anxietățiB care nu trebuie să lipsească nici unui clinician. Ele îmbogățesc diagnostic» efectuat cu ajutorul DSM, reluând aspecte noi, ascunse, specifice pacientului şi relevante pentru intervenția terapeutică. Altfel spus, ele obiectivizează diagnosticul anxietății, cu implicații pentru evoluția intervenției terapeutice şij a cercetării.

Cele mai utilizate teste psihologice în diagnosticul anxietății sunt: •

- Inventarul de anxietate STAI (State-Trait Anxiety Inventory),
- Inventarul de personalitate Minnesota (M.M.P.I.-scale de anxietate).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

David, D. (1999). *Mecanisme inconştiente de reactualizare a informațiilor,* Teză de doctorat, Universitatea "Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca.

Heap, M. (1991). *Hypnotherapy,* Open University Press.

Miclea, M. (1997). *Stres şi apărare psihică,* Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

Capitolul 6

INTERVENȚIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN TULBURĂRILE DE ANXIETATE ŞI PSIHOSOMATICE

Dan DAVID, Cristina POJOGA, Mihaela STĂNCULETE -

Chapter 6 is entitled "Cognitive-behavioral therapy in anxiety and psychosomatic disorders". In this chapter, we present the way in which certain packages of cognitive-behavioral techniques are used in specific anxiety, sexual and psychosomatic disorders defined according to DSM-IV.

Key words: packages of cognitive-behavioral techniques, specific anxiety disorders, sexual disorders.

Cuvinte cheie: pachete de tehnici de intervenție cognitiv-comportamentală, tulburări de anxietate, tulburări sexuale.

Tehnicile de intervenție la nivel cognitiv, comportamental şi biologic prezentate în capitolele precedente au o aplicabilitate generală în terapia cognitiv-comportamentală a întregii patologii psihice şi psihosomatice. Totuşi, ele nu acționează separat ci se combină în pachete de intervenție specifice pentru anumite tulburări psihice şi psihosomatice. în continuare, yom prezenta succint pachetele de tehnici cognitiv-comportamentale utilizate m tratamentul tulburărilor de anxietate, sexuale şi psihosomatice (conform DSM IV), pornind de la cele mai cunoscute mecanisme etiopato genetice. Pentru criteriile diagnostice şi alte informații legate de evoluția, prevalenta [et]c acestor tulburări vezi DSM IV şi ICD. "Noi nu prezentăm aici aceste informații din rațiuni de spațiu tipografic şi datorită faptului că ele sunt bine sistematizate în lucrări de referință cum este DSM spre exemplu. In continuare, aşa cum aminteam mai sus, vom prezenta sintetic doar modalitățile de intervenție cognitiv-comportamentală presupunând însă cunoscute aspectele semnalate din DSM.

TULBURĂRILE DE ANXIETATE

___ .^UTUUJUJH *un,* ATNA1ETATE

Intervenţiile cognitiv-comportamentale în anxietate sunt ghidate două reguli extrem de importante. Prima regulă se referă la faptul că înai de intervenţia psihoterapeutică este necesar un control medical pentru identifica eventualele cauze medicale ale anxietăţii. In cazul în care acestea identifică, intervenţia psihoterapeutică se combină cu tratamentul medical, doua regulă se referă la utilizarea tehnicilor de inoculare a stresului (" Aproape oricare tulburare de anxietate primară are suprapusă o tulbu aqxielale, secundară;, altfel spus, subiectul devine mai anxios (anxie secundară) când realizează că este anxios (anxietate primară). în ac context, în tratamentul tulburărilor de anxietate, în pachetele de interveni cognitiv-comportamentală se află aproape întotdeauna tehnica de innocular stresului (SIT-ul) pentru controlul anxietăţii secundare.

(1). Atacul de panică,

Mecanisme etiopatogenetice. Secvenţa mecanismelor eti patogenefipe în atacul de panică este următoarea:

(1) apariţia unei stări de arousal; această stare de arousal poate aj o cauză fiziologică (sport, consum de cafea etc.) sau poate fi expresia u dereglări la nivel biologic (ex. hipersecreţie de adrenalină, noradrenalină);

(2) interpretarea negativă a acestei stări de arousal fiziologic expresie a unei boli grave, ca un posibil stop cardiac, combinată cu ideea lipsă a autocontrolului şi de iminenţă a unei crizei;

(3) această interpretare amplifică modificările induse de SNV, punctul (1), fntrându-se într-un cerc vicios.

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală: • tehnici de relaxare şi control al respiraţiei pentru a influenţa şi controla starea de arousal fiziologic. Pacientul trebuie învăţat care suij indicatorii declanşării atacului de panică şi cum trebuie să se relaxeze î momentul respectiv. Relaxarea nu are nici un efect dacă se încearcă obţiner acesteia după declanşarea atacului de panică deoarece simptomele anxietate sunt atât de puternice încât nu pot fi anulate prin tehnici de relax • tehnici de restructurări cognitive prin care se atacă interpretarea la secvenţa (2); se insistă asupra tehnicii de hiperventilaţie (pacientul este să inspire, şi să ex£ire__iagjd. şi .adânc timp de două minute; ace hiperventilaţie produce în fapt la nivel fiziologic aceeaşi simptomatologie şi atacul de panică) prin care pacientul îşi dă seama că starea de aro fiziologic este expresia hiperventilaţiei, nu a unei boli ascunse.

Intervenţia în situaţia de criză

• pacientul este rugat să respire într-o pungă; aceasta are efect opus hiperventilaţiei (care amplifică simptomele vegetative ale atacului de panică) rin creşterea concentraţiei de C02.

• pacientul este determinat să facă diverse activităţi care prin resursele cognitive pe care le angajează nu dau posibilitatea acestuia să-şi prelucreze negativ şi catastrofic starea în care se află (ex. să numere obiectele din cameră etc).

Tratament medicamentos

• antidepresive triciclice (Imipramina, Clomipramina) şi cele tetraciclice sunt utile în acest tip de tulburare. Se recomandă începerea tratamentului cu doze mici: 10-25 mg/zi, urmată de o creştere gradată a acestora până la 250-300 mg, ocazional chiar la doze mai mari.

• inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO): ex. Fenelzina. Această clasă de medicamente este indicată de majoritatea studiilor ca fiind mai eficientă chiar decât antidepresivele triciclice dar nu reprezintă în mod necesar tratamentul de elecţie datorită faptului că necesită o dietă care să nu conţină alimente bogate în tiramină (brânzeturi fermentate, vin roşu etc), această combinaţie producând pusee hipertensive.

Efectele acestor două clase de medicamente apar numai după o perioadă de 2-4 săptămâni.

• benzodiazepme: ex. Alprazolam, Clonazepam. Reprezintă a Jioua linie de tratament deoarece la întreruperea lor poate apărea rebound.

• inhibitorii specifici ai receptorilor serotoninergici;

• beta-blocante (ex. Propranolol)^ blochează palpitaţiile şi tremorul din timpul atacului de panică, fiind utile doar în criză, nu şi pentru prevenirea atacului.

(2). Fobii simple

Mecanisme etiopatogenetice. Există două tipuri de fobii:

Mipl: cu cogniţii dezadaptative, > ^cAi,

• tip 2: fără cogniţii dezadaptative. S>*-tj***A OAAV.OCOQ

Fobia tip 1: &;y

(a) stimulul fobie joacă rolul stimulului condiţionat iar reacţia anxioasă reprezintă răspunsuTrîecondiţionat,

(b) cogniţiile dezadaptative (exagerate faţă de stimulul fobie; ex. [Ini]i sunt animale periculoase, turbate etc.) amplifică simptomatologia anxioasă şi generează comportamentul evitant.

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală •tehnici de desensibilizare progresivă şi flooding, expunere gradată "loaelare- pentru componenta a)

• tehnici de restructurări cognitive şi de modificare comportamentului evitant - pentru componenta b)

Fobia tip *2* se manifestă ca şi tipul 1, dar subiectul nu are cogn' dezadaptative despre stimulul fobie, considerând reacţia sa ca fiind iraţion generându-se totuşi comportamentul evitant (ex. Mi-e frică de câini, dar"; înţeleg de ce; ştiu că sunt animale prietenoase şi drăguţe. Nu înţeleg **cej** întâmplă cu mine).

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală L

• desensibilizare, flooding, modelare, expunere gradată I

• tehnici de modificare a comportamentului evitantI *Tratament medica*

• benzodiazepinele (ex. Clonazepam, Diazepam) sunt utile mai **ala** în cazurile în care expunerea la stimulii fobiei nu este foarte frecventă (ea fobie de zbor).

Se mai pot folosi:

• blocantele beta-adrenergice (Propranolol);

• IMAO (ex. Fluoxetina, Maprotilina).

*(3). **Fobia** socială*

Mecanisme etiopatogenetice. Secvenţa mecanismelor etioJ patogenetice este prezentată mai jos.

(1) neajutorare (a) (helplessness): subiectul nu ştie cum să răspund! cerinţelor situaţiei sociale, aceasta generând o stare de anxietate (A). Aceasta anxietate poate fi amplificată de cogniţii dezadaptative despre situaţiila sociale (ex.: trebuie să arăt perfect, să vorbesc rară greşeli).

(2) neajutorare (b): subiectul nu ştie cum să răspundă anxietăţii (AM odată generate, ceea ce amplifică anxietatea (A) şi generează comportamentul) evitant. l

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală I

• antrenament asertiv şi tehnica rezolvării de probleme - pentru J secvenţa (1)

• restructurări cognitive în cadrul secvenţei (1) dacă este cazul

• STT.- secventa (2)

• tehnici de modificări comportamentale ale comportamentul evitant -secventa (2)

Tratament medicamentos

• IMAO reprezintă tratamentul de elecţie pentru formele generalizat de fobie socială. Studiile efectuate au arătat că Fenelzina este superioară] antidepresivelor triciclice (Imipramină, Amitriptilină etc).

• antidepresivele triciclice nu au fost încă suficient studiate. Totuşi a fost demonstrată eficacitatea Clomipraminei.

• blocantele beta-adrenergice (ex. Propranolol) au eficacitate în fobia cială mai specifică (ex. teama de a vorbi în public, teama de a scrie în îblic etc.) dar au o valoare limitată în formele generalizate.

• benzodiazepinele (ex. Clonazepam, Alprazolam) sunt şi ele utile.

(4). Agorafobia (într-o definiţie lapidară se referă la teama de spaţii deschise)

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală

în cazul agorafobiei simple fără atac de panică -vezi fobiile simple.

în cazul agorafobiei simple cu atac de panică se combină tratamentul în cazul atacului de panică cu tratamentul în cazul fobiilor simple.

Tratament medicamentos

• antidepresive triciclice (Imipramină, Clomipramina) şi cele tetraciclice sunt utile în acest tip de tulburare. Se recomandă începerea tratamentului cu doze mici: 10-25 mg/zi, urmată de o creştere gradată a acestora până la 250-300 mg, ocazional chiar la doze mai mari.

• inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO): ex. Fenelzina. Această clasă de medicamente este indicată de majoritatea studiilor ca fiind mai eficientă chiar decât antidepresivele triciclice, dar nu reprezintă în mod necesar tratamentul de elecţie datorită faptului că necesită o dietă care să nu conţină alimente bogate în tiramină (brânzeturi fermentate, vin roşu etc), această combinaţie producând pusee hipertensive.

Efectele acestor două clase de medicamente apar numai după o perioadă de 2-4 săptămâni.

• benzodiazepine: ex. Alprazolam, Clonazepam. Reprezintă a doua linie de tratament deoarece la întreruperea lor poate apărea rebound.

• inhibitorii specifici ai receptorilor serotoninergici.

• beta-blocante (ex. Propranolol): blochează palpitaţiile şi tremorul din timpul atacului de panică, fiind utile doar în criză, nu şi pentru prevenirea atacului.

(5). **Ţulburări!£i)bsesiv-compulsive**

Mecanisme etiopatogenetice. Secvenţele sunt următoarele:

(1) prezenţa unor gânduri intruzive normale;

(2) aceste gânduri normale se asociază cu anumite trăiri emoţionale: asocierea determină creşterea frecvenţei apariţiei lor;

(3) anticipările subiectului, trica de aceste gânduri este o altă premisă Care cre Şte frecvenţa de "apariţie; ″~ "

(4) pentru a elimina anxietatea generată de gândurile obsesixe, jndividui apelează la o sene de comportamente întărite nşgatixxare se repetă impulsiv, tund incontrolabile prin faptul că reduc anxietatea subiectului.

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală: • tehnici de relaxare, desensibilizare, flooding, expunere gradată prii care se reduce conţinutul anxios al gândurilor obsesive; o tehnică des folosM în acest scop este aceea de control al obsesiilor: pacientul îşi analizeâlH propriile obsesii dar de această dată cu un scop anume, voluntar, pentrqM vedea când apar, cum se manifestă de la un episod la altul, ce intensitate ara anxietatea generată de ele. Această analiză voluntară, cu scop, a obsesiiloijM conferă pacientului sentimentul că el controlează obsesia şi că nu mai esfejj controlat de ea şi de apariţiile ei neaşteptate şi fără rost, reducând astJB încărcătura anxioasă a gândurilor obsesive;

• tehnica stop-thinking;

• tehnici de modificare comportamentală prin care se modific» comportamentul compulsiv.

Tratament medicamentos

• antidepresive triciclice: Clomipramina are o mare eficacitate. D|l altfel este cel mai bine studiată. Este superioară AmitriptilinaJ Nortriptilinei şi Desipraminei.

• IMAO (Fenelzina, Maprotilina, Fluvoxamina): sunt utile mai al în cazul pacienţilor obsesiv-fobici care au şi un istoric de atac *a* panică.

• litiul în combinaţie cu Clomipramina sau cu Fluvoxamina duce 1 reducerea simptomatologiei obsesiv-fobice.

• benzodiazepinele (ex. Diazepam, Clonazepam etc.) redir anxietatea asociată cu tulburările obsesiv-fobice, dar nu redut simptomele principale.

• neurolepticele nu au fost studiate suficient în această problemă.

Tratamentul medicamentos realizează rareori remisia totală simptomelor. Mai mult, o parte dintre pacienţi nu răspunde la medicaţie. (6).

Anxietatea generalizată *Mecanismele etipatogenetice.* Secvenţele sunt următoarele:

(1) existenţa unei stări de arqusal fiziologic cronic. Nu se ştie exacl cauza acestui arousal cronic dar s-a demonstrat rolul stilului cognitiv dezadaptativ şi catastrofic al subiecţilor, care menţine această stare de arousal fiziologic printr-un cerc vicios;

(2) apariţia unor situaţii ce generează o stare emoţională în limite)' normale (ex. Eşecul la un examerTgenerează frustrări normale};

(3) arousalul cronic se suprapune peste arousalul generat de o situaţie ţintă^ amplificând trăirea emoţională negativă (se poate ajunge la atac de, panică) şi treptat comportamentul de evitare a tot mai multor situaţii sociale.

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală •

tehnici de relaxare (secvenţa 1)

• ţejinici de restrucf'rări rocr[if,,fP].(c''"vnţa 1)

• antrenament asertiv şi tehnica rezolvării de probleme (secvenţa 2)

• SIT (secvenţa 3)

• tehnici de modelare comportamentală a comportamentului de evitare (secvenţa 3)

^____——*Tratament medicamentos*

Tratamentul medicamentos se axează în special pe scăderea arousalului fiziologic şi pe reducerea simptomelor de acompaniament.

• benzodiazepinele (Diazepam, Alprazolam, Clonazepam) sunt primele a căror eficacitate a fost demonstrată. Ele, deşi reprezintă medicamente de primă alegere, prezintă risc de dependenţă şi de toleranţă. Odată cu administrarea medicaţiei este necesară şi intervenţia psihosocială care să se desfăşoare în paralel.

• Buspirona este un anxiolitic nebenzodiazepinic eficient care reprezintă a doua linie de tratament. Buspirona este mai eficientă în reducerea simptomelor cognitive decât a celor somatice. Pacienţii la care s-a încercat anterior fără succes tratamentul benzodiazepinic, nu vor răspunde nici la tratamentul cu Buspirona.

• Beta-blocantele şi antidepresivele triciclice pot fi încercate la pacienţii care nu au răspuns la primele două linii de tratament.

(7). Stressul acut posttraumatic

Mecanisme etiopatogenetice: stresul acut posttraumatic apare. datorită expunerii subiectului unui stresor extrem de puternicjex. viol, război, cataclism etc). Stresorul joacă roliil unui stimul necondiţionat ce generează răspunsul necondiţionat anxiogen. Stimulul neutru din situaţia respectivă poate deveni stimul condiţionat care ulterior amorsează acelaşi răspuns anxios, apărând comportamentul de evitare vis-a-vis de acel stimul. De asemenea, stresul acut posttraumatic este însoţit de o mulţime de gânduri obsesive referitoare la situaţia ţintă. în plus, în condiţiile unui stress extrem de puternic activitatea hipocampusului este perturbată. în consecinţă, în memoria explicită (hipocampusul constitue substratul memoriei explicite) se codează doar o parte din informaţii legate de situaţia traumatică. Restul informaţiilor Un special cele încărcate emoţional) sunt codate în memoria implicită a cărei substrat îl formează amigdala şi zonele învecinate. Aceste informaţii ne wfluenţează inconştient reacţiile emoţionale.

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală

• vezi tehnicile de la obsesii-compulsii în cazul comportamentului IV obses

• vezi tehnicile de la fobii în cazul comportamentelor fobice . * stress inoculation training pentru a ajuta pacientul să se adapteze [mai] eficace la efectele distresului.

• hipnoza pentru a accesa informaţiile din memoria implicită (care' apoi sunt integrate cu cele din memoria explicită generându-se insight-ul cu velenţele terapeutice cunoscute) sau pentru a le neutraliza afectiv.

în toate aceste tulburări medicaţia are doar rol adjuvant sau <&ă control al situaţiilor de criză, fundamentală în tratament fiind însă psihoterapia.

Tratament medicamentos. în această situaţie, farmacoterapia este; mai eficientă în tratarea depresiei şi a anxietăţii decât a simptomelor de negare şi evitare.

- IMAO: dintre ele cea mai eficientă este Fenelzina.
- antidepresivele triciclice (ex. Amitriptilina, Desipramina, Clomipramina etc.) sunt utile. Ele trebuie administrate minim 8 săptămâni.
- se mai pot utiliza Clonidina, Propranololul.
- litiul reduce arousalul vegetativ precum şi simptomele subiective.
- Carbamazepina are o eficacitate apropiată de cea a litiului.
- benzodiazepinele (ex. Diazepam, Clonazepam etc.) reduc anxietatea, tulburările de somn, coşmarurile, dar se administrează rareori deoarece majoritatea pacienţilor sunt predispuşi către abuzul de alcool.

(8). Tulburările de anxietate cu cauze biologice şi medicale

în cazul acestor tulburări apar modificări specifice anxietăţii generalizate, atacului de panică, tulburărilor obsesiv-fobice. Tratamentul fundamental este cel medicamentos, psihoterapia având rolul de tratament adjuvant aplicat doar în combinaţie cu medicaţia. Aceasta deoarece în etiopatogenia acestor tulburări mecanismele biologice şi psihologice se întrepătrund, mecanismele biologice fiind primordiale.

Tratament medicamentos:

• antidepresive triciclice: Imipramină, Desipramina, Nortriptilină, Clomipramina; Se recomandă începerea tratamentului cu doze mici: 10-25 mg/zi, urmată de o creştere gradată a acestora până la 250-300 mg, ocazional chiar la doze mai mari;

• inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO): Fenelzin, Maprotilin, Fluoxetină, Fluvoxamină;

• benzodiazepine: Diazepam, Alprazolam;

• anticonvulsivante: Carbamazepina (mai ales în cazul recurenţei simptomelor la întreruperea tratamentului benzodiazepinic);

• blocantele beta-adrenergice (Propranolol).

ANXIETATEA ŞI TULBURĂRILE SEXUALE

Anxietatea, prin veriga ei biologică, determină modificări în comportamentul sexual. S-a constatat că peste 60% din tulburările sexuale sunt determinate de mecanisme psihologice, nu de factori organici. Se cunoaşte faptul că un comportament sexual normal presupune o anumită balanţă a SNV. Anxietatea, producând un dezechilibru la nivelul SNV, produce dereglări în comportamentul sexual: tulburări de ejaculare, tulburări de erecţie, anorgasmie, vaginism, libidou scăzut, lipsa lubrifierii vaginale, dispareunie etc.

în cazul acestor tulburări sexuale, după un examen medical atent care exclude orice factor organic, se aplică terapia cognitiv-comportamentală în scopul eliminării anxietăţii.

Exemplu. în cazul ejaculării precoce avem următorul mecanism etiopatogenetic:

Nivelul (1) cogniţiile dezadaptative (ex. "Nu voi reuşi să-mi satisfac partenera"; "Sunt mai puţin potent decât prietenul ei anterior"; "Sunt prea gras" etc.) determină anxietatea de performanţă;

Nivelul (2) jinxietatea de performanţă determină arousal fiziologic care este interpretat ca senzaţie de ejaculare;

Nivelul (3) senzaţia de ejaculare precoce determină anxietate de performanţă:. ,

Nivelul (4) anxietatea de performanţă determină ejaculare precoce.

Pachete de intervenţie cognitiv-comportamentală:

- tehnici de modificare la nivel cognitiv (nivelele 1, 2, 3);
- tehnici de relaxare (nivelele 2, 4, nivelul 1), desensibilizare progresivă şi expunerea gradată la stimuli cu valenţă sexuală;
- stress inoculation training (nivelul 3);
- tehnica paradoxală (nivelul 3): subiectului i se cere spre exemplu să nu încerce să-şi amâne ejacularea, ci sa ejaculeze cât mai repede, aceasta eliminând anxietatea de performanţă;
- tehnici de expunere gradată la stimuli interoceptivi (nivelul 2).

Exemple de tehnici specifice de intervenţie în ejacularea precoce.

- **tehnica squeeze:** Partenerul verbalizează când apare senzaţia de ejaculare în timp ce este masturbat de parteneră. în acest moment partenera se opreşte şi apasă puternic cu degetul mare vârful organului genital împiedicând ejacularea. După o pauză scurtă (10-15 s) procesul se repetă de mai multe ori.
- **tehnica masturbării:** Partenerul verbalizează când apare senzaţia de ejaculare în timp ce este masturbat de parteneră. în acel moment partenera se opreşte, împiedicând astfel ejacularea. Procesul se repetă de mai multe ori.

Tratament medicamentos

• benzodiazepinele (Diazepam, Alprazolam, Clonazepam) sunt eficace. Efectul lor se instalează rapid, dar există anumite reacţiile adverse:, tulburări de memorie, dezinhibiţie, sedare, dependenţă (mai ales în cazul Alprazolamului).

• Buspirona este un anxiolitic nebenzodiazepinic eficient.

ANXIETATEA ŞI TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE

în literatura de specialitate nu există încă o concordanţă a opiniilor J specialiştilor în ceea ce priveşte conceptul de boală psihosomatică. Oricum, este clar că în acest domeniu nu pot fi incluse doar cele 7 boli psihosomatice clasice studiate de Fr. Alexander (ulcerul duodenal, astmul bronşic, artrita reumatoidă, rectocolita hemoragică, hipertensiunea arterială, neurodermita şi tireotoxicoza).

Din punctul de vedere al etiologiei şi al patogenezei, bolile pot fi clasificate în mai multe categorii (pentru detalii vezi cap 1.).

(a) boli cu etiologie organică, dar în patogeneza cărora intervin şi factori psihologici într-o măsură mai mică (ex. infecţii) sau mai mare (ex. nevrozele organice). în primul caz nu este necesară intervenţia psihoterapeutică, medicaţia rezolvând problema. în cel de-al doilea caz, alături de medicaţia specifică, este necesar să se intervină şi prin metode psihoterapeutice, având în vedere faptul că respectivii factori psihologici intervin atât în evoluţia bolii cât şi în complianţa bolnavului la tratament.

(b) boli a căror etiologie şi patogeneza este reprezentată de factori psihologici, în patogeneza lor intervenind însă şi factori organici (ex. nevroză reactivă). în acest caz tratamentul de bază este cel psihologic, tratamentul medicamentos fiind adjuvant. Când tulburarea psihică este de intensitate psihotică (ex. psihoză reactivă), tratamentul medicamentos şi psihoterapia deţin un rol la fel de important.

(c) boli în a căror etiopatogenie factorii organici şi cei psihici au rol aproximativ egal (ex. rectocolita ulcerohemoragică). Acestea sunt definite ca tulburări psihosomatice în sens restrâns.

Având în vedere această clasificare, putem spune în sens larg, că toate bolile sunt psihosomatice datorită implicării factorilor psihologici - chiar dacă uneori numai în mică măsură - în etiopatogeneza, evoluţia, aderenţa şi complianţa la tratament. Deci este rezonabil să considerăm patologia ca fiind

situată de-a lungul unui continuum, la un pol al său aflându-se bolile ce prezintă în mod cert în etiopatogeneza factori psihologici, iar la celălalt pol bolile în etiologia cărora aceşti factori par a avea un rol minor (Ionescu, 1990).

In sens restrâns, bolile psihosomatice sunt acele afecţiuni în a căror etiopatogeneza factorii psihologici au un rol important, cel puţin egal cu cel al factorilor organici, antrenând sau nu modificări structurale (organice).

Factorul psihologic poate acţiona singur sau în combinaţie cu alţi factori etiopatogenici, ducând la tulburări generalizate (la nivelul întregului organism) sau localizate (ale unui singur organ). Localizarea bolii psihosomatice la un anumit nivel este influenţată de factori genetici, factori de mediu sau de interacţiunea acestora (factori constituţionali).

Anxietatea se defineşte prin modificările apărute la cele patru nivele:

(1) cognitiv: cogniţii iraţionale,

(2) comportamental: comportament de evitare,

(3) biologic: hiperactivitate simpatică manifestată prin: irşmar, hipersudoraţie, palpitaţii, senzaţie de disconfort respirator etc. (pentru detalii vezicap i.)

(4) subiectiv: teamă, frică, tensiune etc..

Anxietatea produce prin componenta biologică modificări funcţionale. Modificările funcţionale astfel produse pot fi reversibile (ex. puseu hipertensiv) - spontan sau prin tratament - sau pot fi ireversibile chiar în condiţii de tratament medical (ex. sindromul intestinului iritabil). Mai mult, aceste modificări funcţionale, ca urmare a anxietăţii cronice, pot avea consecinţe organice reversibile (ex. nişa ulceroasă etc.) sau ireversibile (ex. accidentul vascular cerebral etc). Mai precis spus, consecinţele organice survin în special în cazul unui teren patologic sau cu anumite predispoziţii genetice, de mediu (ex. fumatul în cazul ulcerului duodenal etc.) sau constituţionale de reactivitate, generând leziuni organice mai frecvent în cazul în care anxietatea şi tulburarea funcţională devin cronice.

Tulburările induse la nivel biologic de către anxietate sunt iniţial funcţionale, cu posibilitatea reversibilităţii complete - în special în cazul în care au survenit pe structuri iniţial îndemne sau fără fragilitate constituţională. Acest lucru explică faptul că anxietatea nu antrenează atât de frecvent tulburări organice. Aceste tulburări organice apar totuşi în cazul persistenţei sau repetării frecvente a anxietăţii sau a stresului psihic (a cărui componentă biologică este asemănătoare cu cea a anxietăţii). Anxietatea, chiar dacă nu

atinge limita extremă - atacul de panică - este însoțită de un întreg cortegiu de acuze somatice nespecifice: cefalee, amețeli, tulburări de vedere, parestezii la nivelul extremităților, palpitații, dureri toracice, senzația de sufocare, respirație sacadată, senzația de nod în gât, crampe musculare, distensie abdominală, tulburări de tranzit intestinal, micțiuni frecvente etc. Aceste simptome se datorează perturbării echilibrului sistemului nervos vegetativ (SNV). Hiperventilația consecutivă conduce la o reducere a concentrației sangvine de dioxid de carbon. Ca urmare, pH-ul sangvin virează spre zona alcalină (alcaloză respiratorie) ceea ce are efecte importante mai ales asupra sistemului nervos prin mecanism direct. De asemenea, în condiții de pH alcalin, se reduce concentrația de calciu ionic (o cantitate mai mare de calciu se va lega de proteine). Reducerea concentrației de calciu ionic se va repercuta asupra stării celulelor organismului, acestea devenind mult mai excitabile. Din această cauză celulele musculare din pereții arterelor cerebrale se vor contracta, vasoconstricția determinând o reducere a cantității de sânge care ajunge la creier, explicând o parte a simptomatologiei (cefalee, tulburări de vedere etc). Musculatura somatică va prezenta şi ea o scădere a pragului excitabilității, aceasta determinând instalarea crampelor. Acelaşi fenomen la nivelul musculaturii viscerale conduce la tulburările cardiace, digestive şi urinare. Vasoconstricția de la nivelul extremităților explică parestezиile.

După Garnier şi Delamare citați de Iamandescu (1997), tulburările funcționale reprezintă manifestări morbide, în general benigne şi reversibile, care par datorate unei simple perturbări a activității unui organ, fără a exista la acest nivel o leziune actualmente decelabilă prin mijloacele existente în momentul de față. Devenite cronice, ele pot determina modificări organice.

în timpul unei reacții anxioase apar influxuri nervoase cortico-subcorticale cu activarea centrilor vegetativi superiori, ducând la o stimulare a sistemului simpatic adrenergic şi a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian cu eliberarea consecutivă a următorilor hormoni: catecolamine, ACTH, cortizol, STH, vasopresina. Aceşti hormoni au receptori specifici situați la nivelul celulelor diferitelor țesuturi şi organe. Prin intermediul acestor receptori se produc variate modificări funcționale ce determină perturbarea homeostaziei mediului intern, urmate în majoritatea cazurilor de revenirea la valorile inițiale.

Catecolaminele îşi exercită acțiunea prin intermediul a două tipuri de receptori situați pe membranele celulare, receptorii alfa şi beta. Atât receptorii

alfa cât şi beta pot fi de două categorii: alfal, alfa2, betal, beta2. Organele efectoare pot fi înzestrate cu un singur tip de receptori sau cu ambele tipuri.

Catecolaminele pot produce fie efecte inhibitoare, fie stimulatoare ale contracției muşchiului neted în funcție de doza lor, tipul de receptor şi localizarea acestuia. Noradrenalina are un efect puternic excitator şi slab inhibitor în timp ce adrenalina este eficientă atât ca agent inhibitor cât şi excitator.

Receptorii alfal sunt situați postsinaptic, fiind stimulați de noradrenalina şi de dozele mari de adrenalină. Ei mediază răspunsul musculaturii netede a vaselor sanguine. Principalele efecte alfal adrenergice sunt: vasoconstricție în teritoriile cutanat, al mucoaselor şi splanhnic, renal, contracția capsulei splenice şi midriaza.

Receptorii alfa2 sunt situați presinaptic. Ei pot inhiba eliberarea de noradrenalina din terminațiile nervoase simpatice. Cei situați la nivelul SNC influențează controlul central al tensiunii arteriale. Principalele efecte alfa2 adrenergice sunt: inhibarea eliberării noradrenalinei din terminațiile simpatice, vasoconstricție, relaxarea musculaturii netede digestive, reducerea secreției insulinice, favorizarea agregării plachetare.

Receptorii betal sunt situați în special la nivelul cordului. Ei determină stimularea funcțiilor inimii, creşterea secreției de renină, lipoliză cu creşterea concentrației acizilor graşi liberi din plasmă şi excitație centrală. Receptorii beta2 sunt situați în cea mai mare parte la nivelul bronşiilor, producând prin stimularea lor bronhodilatație. în alte localizări determină relaxarea uterului şi a musculaturii gastro-intestinale, tremor, creşterea glicogenolizei cu tendință la hiperglicemie, precum şi vasodilatație la nivelul vaselor muşchilor striați şi mai puțin la cele de la nivel miocardic, pulmonar şi cerebral (Stroescu, 1995).

Efectele catecolaminelor (adrenalină, noradrenalina) asupra diferitelor țesuturi, organe şi sisteme ale organismului uman pot fi urmărite în tabelul numărul 1.

Tabelul 1

Efectele catecolaminelor şi receptorii prin intermediul cărora se realizează acţiunea acestora (după Gilman A.G., PI ɔodman L.S., Rall T.W. şi colab., citaţi de Porth, 1990).

Organ efector	Tipul de receptor	Acţiune
Ochi		
-musculatura radiară a irisului	al	-contracţie, producând midriază
-musculatura corpului ciliar	**P**	-relaxare, acomodare pentru vederea la distanţă
Inimă		
-nodul sino-atrial	PI	-creşterea frecvenţei cardiace
-atni		-creşterea contractilităţii şi a vitezei de conducere a impulsurilor
-nodul atrio-ventricular	PI	-creşterea automatismului şi a vitezei de conducere a impulsurilor
-reţeaua Purkinje	PI	-creşterea automatismului şi a vitezei de conducere a impulsurilor
-ventriculi	PI	-creşterea automatismului, a vitezei de conducere a impulsurilor şi a contractilităţii
Arteriole	a,S2	
-coronare		
-de la nivelul tegumentelor şi mucoaselor	a	-vasoconstricţie, vasodilataţie (predominant) -vasoconstricţie
-de la nivelul muşchilor scheletici *	a,P2 a, P2	-vasoconstricţie, -vasodilataţie -vasoconstricţie
-de la nivel pulmonar		(predominannt), vasodilataţie -
-de la nivel cerebral	a	vasoconstricţie" uşoară -
-de la nivelul viscerelor abdominale *	a, P2 al, 01, 62	vasoconstricţie, vasodilataţie - vasoconstricţie, vasodilataţie
-de la nivel renal *		

Plămâni		
-musculatura traheală şi bronşică	62 ocl,P2	".rcSa/creşter-secreţiei
-glande bronşice		
Stomac	a2,p2	-de obicei inhib^. -
-tonus şi motilitate	a	de obicei contri»^t^ie -
-sfincter	(nu se cunoaşte)	inhibare?
-secreţie		
Intestin	cc1,p1,P2	-de obicei inhib^. -
-tonus şi motilitate	a	de obicei contfW^e -
-sfincter	(nu se cunoaşte)	inhibare?
-secreţie	P2PI	iăSea sectei de renină
Vezică şi canale biliare		
Rinichi	P a	-de obicei reia*[316]
Vezica urinară		-contracţie
-muşchiul detrusor		-creştere
-sfincter intem	GP2	-contracţie (a), taxare (P2)
Ureter: motilitate şi tonus	P2	-relaxare -
Uter	a	ejaculare
-uter gravid		-contracţie
-uter negravid		-^ ^ ^ ^ -
Organe genitale masculine	a	creşterea con
Tegument	P2	glicogenoliză
-muşchi pilomotori		-glicogenoliz^
-glande sudoripare	a,p2	gluconeogen«^a^
Muşchi scheletici		-scăderea secf^et^;>« -scăderea
Ficat	a a2,P2	secret g-creşterea sectei (P2)
		""^Sde^siuşideapă
Pancreas	a,pi al	
-acini pancreatici	P P 61	'.inretder.elatonină
-insule Langerhans (celule beta)	•	-secreţia de n^omon^ antidiuretic
Adipocite		
Glande salivare		
Epifiza		
Hipofiza posterioară		

*l» Hiberarea de cantităti de catecolarmne ma^ mari decât ^ce•ef,z,0l^o^ muşchi. Uof viscere la eliberarea de carima, Vscheletici şi ficat, şi SuÎuT^lSS—tncţie) ,a nivelul vaselor sangvine de abdominale.

In condiţii de stres, în afară de adrenalină şi noradrenalină **se** eliberează şi mari cantităţi de cortizol **secretat** de glandele suprarenale. Efectele acestuia, atât în cazul secreţiei bazale **cât** şi în cazul hipersecreţiei sunt prezentate în tabelul numărul 2.

-scăderea utilizării glucozei **Tabelul 2**

Efectele cortizolului la nivelul diferitelor aparate şi sisteme (modificat după Iamandescu, 1990).

Nivelul de acţiune	**Efecte fiziologice**	**Efectele hipersecreţiei**
Tegumente şi mucoase	-scăderea sintezei fibrelor elastice -scăderea numărului de celule conjunctive şi a fibrelor elastice la nivelul vaselor sangvine din piele	-atrofia dermului, vergeturi -roşeaţa feţei şi gâtului -echimoze, purpure
Ţesut adipos	-redistribuire	-obezitate de tip cushingoid (troncular)
Sistem muscular	-stimularea catabolismului protidic -scăderea sintezei fibrelor colagene	-scăderea masei şi forţei musculare
Sistem osteo-articular	-reducerea absorbţiei de calciu şi fosfaţi cu eliminarea lor urinară -inhibarea osteoblaştilor -reducerea sintezei matricei proteice	-osteoporoză cu dureri osoase, tasâri vertebrale, fracturi
Aparat respirator	-bronhodilataţie -inhibarea macrofagelor, inhibarea fagogitozei la nivel local -scăderea secreţiei de mucus	-favorizarea diseminării infecţiilor -reducerea elasticităţii parenchimului pulmonar
Aparat cardio-vascular	-creşterea debitului cardiac -creşterea responsivităţii peretelui arterial la acţiunea catecolaminelor -hipervolemie (prin retenfie de sodiu şi apă şi prin poliglobulie)	-hipertensiune arterială - favorizarea instalării edemelor în insuficienţa cardiacă

... continuare **Tabelul 2**

Sânge	-reducerea chemotaxisului leucocitar şi a fagocitozei - poliglobulie - hipercoagulabilitate	-scăderea puterii de apărare la infecţii -complicaţii tromboembolice -eozinopenie şi limfopenie -neutrofilie
Tub digestiv	-creşterea secreţiei de acid clorhidric şi pepsină - inhibarea secreţiei de mucus -	-ulcer peptic
Ficat	gluconeogeneză -retenţie	-diabet zaharat
Aparat uro-genital	tubulară de sodiu -eliminare crescută de potasiu - vasoconstricţie arteriolară renală	-agravarea sindroamelor nefrotice existente -agravarea insuficienţei renale cronice
Sistem nervos	-creşterea consumului neuronal de glucoza - modificarea concentraţiei de serotoninâ şi catecolamine	-euforie, tablou de excitaţie maniacală -obnubilare, stări confuzive -agitaţie anxioasă, tentative de suicid
Sistem imunitar	-reducerea celulelor T şi B - inhibarea activităţii macrofagelor	-efect imunosupresiv -scăderea rezistenţei antiinfecţioase

Tulburările organice induse de anxietatea cronică, după depăşirea fazei funcţionale, au exprimare suplimentară faţă de tulburările iniţiale, cel mai adesea intricându-se cu acestea. Aspectul cronologic al instalării leziunilor este următorul: anxietate —> tulburare funcţională —> alterare organică. Tulburările funcţionale sunt caracterizate prin modificări ale funcţiei diferitelor aparate şi sisteme, fără modificări ale structurii lor biologice. în cazul în care anxietatea persistă, acest dezechilibru funcţional se va accentua, ajungându-se în final la leziuni organice. Leziunile organice instalate vor conduce la instalarea de noi modificări funcţionale şi/sau la intensificarea celor anterioare.

Următorul tabel prezintă această cronologie la nivelul principalelor aparate şi sisteme.

Tabelul 3

Componentele evoluției unui răspuns la anxietate (și la stres) de la o etapă inițial normală la boală psihosomatică cu modificări organice, trecând prin faza de tulburări funcționale (după Iamandescu, 1990).

Aparate şi sisteme	**Componente psihofiziolologice normale ale reacției**	**Tulburări funcționale**	**Boli psihosomatice cu leziuni organice**
Aparat cardio-vascular	-tahicardie -fluctuații tensionale	-palpitații -lipotimii -sincope -hiper sau hipotensiune	-tahicardie paroxistică -coronaropatii -hipertensiune arterială
Aparat respirator	-polipnee -tahipnee	-dispnee nevrotică -senzația de opresiune toracică	-astm bronşic
Aparat digestiv	-inapetență -senzație de jenă epigastrică -greață	-bulimie / inapetență -spasme -diaree / constipație	-boală ulceroasă -sindromul intestinului iritabil -rectocolită ulcerohemoragică
Aparat urinar	-polakiurie -poliurie	-retenție urinară -enurezis -cistalgii cu urini clare	?
Aparat locomotor	-senzația de tensiune musculară	-curbatură -cervicalgii şi lombalgii -astenie musculară	-poliartrita reumatoidă
Sistem endocrin	-reacții diencefalo-hipofizare -descărcare catecolaminică	-amenoree -dismenoree -hipoglicemie	-hipertiroidism -tulburări de dinamică sexuală
Sistem nervos	-tremor	-cefalee -epilepsie "funcțională" -hiperestezii	-migrena
Aparat genital	-secreții ale mucoaselor -erecție	-impotență -frigiditate -vaginism -sterilitate	-ovarită sclerochistică

... *continuare* Tabelul 3

	Componente psihofiziolologice normale ale reacției	Tulburări funcționale	Boli psihosomatice cu leziuni organice
Aparat vizual	-hipersecreție lacrimală -paloare	-glaucom	
Tegumente şi mucoase	-roşeață -senzația de căldură sau frig	-prurit generalizat sau localizat	-urticarie -angioedem -eczema
	-modificări ale vocii	-psoriazis -neurodermita	
	-senzația de "nod	-afonie, disfonie -strănuturi în salve	-rinită vasomotorie -vertij Sfera ORL

Bolile psihosomatice evoluează de regulă sub formă de pusee pe un fond patologic mai mult sau mai puțin exprimat. Această mobilitate evolutivă este mai exprimată în unele boli (ulcerul duodenal) şi mai puțin în altele (hipertensiunea arterială).

Remisiunile sau vindecările obținute în urma suprimării factorilor psihologici implicați în predispoziția, declanşarea şi menținerea bolii subliniază caracterul de reversibilitate cel puțin parțială pe care îl îmbracă orice boală psihosomatică şi importanța aplicării psihoterapiei în aceste cazuri.

în concluzie, anxietatea prin componenta ei biologică induce tulburări psihosomatice exprimate prin modificări funcționale şi/sau organice, în continuare vom prezenta, pe aparate, cele mai frecvente boli psihosomatice, în etiopatogenia cărora un rol important revine anxietății prin componenta ei biologică.

I. Aparatul respirator:
   Astmul bronşic
II. Aparatul cardiovascular:
   1 .Hipertensiunea arterială
   2.Angina pectorală
III. Aparatul digestiv:
   1.Ulcerul duodenal
   2.Sindromul intestinului iritabil
   3.Rectocolită ulcerohemoragică
IV. Aparatul locomotor:
   Poliartrita reumatoidă
V. Migrena

I. APARATUL RESPIRATOR

ASTMUL BRONŞIC

Definiţie. Astmul bronşic reprezintă o afecţiune inflamatorie cronică **a** căilor aeriene la care participă multiple celule, printre care mastocite şi eozinofile. La persoanele susceptibile, această inflamaţie cronică produce simptome care sunt de obicei asociate cu obstrucţie difuză dar variabilă, **a** căilor aeriene, adesea reversibilă spontan sau prin tratament şi determină o creştere a reactivităţii căilor aeriene la o varietate de stimuli (Gherasim, 1995). Obstrucţia se manifestă clinic prin accese paroxistice de dispnee cu wheezing (respiraţie şuierătoare) şi ruse.

Etiopatogenie. Sub aspect etiopatogenetic se descriu două tipuri de astm bronşic (AB): alergic (extrinsec) şi non-alergic (intrinsec). Astmul non-alergic cuprinde acele forme de AB în care pe primul plan sunt situate mecanismele nervoase. Caracteristicile acestor două tipuri de astm sunt prezentate în următorul tabel.

Tabelul 4

Criterii de diferenţiere între AB alergic şi AB intrinsec.

Criterii de **diferenţiere**	AB alergic	AB intrinsec
Debut	precoce (sub 35 de ani)	peste 30-35 de ani
Antecedente personale şi heredocolaterale	boli alergice	nu se identifică elemente de alergie
Imunologie	IgE serice crescute	IgE serice normale
Teste cutanate	la injectarea intradermică	reacţie negativă
de alergen se produce o reacţie intens pozitivă		
Factori declanşatori	antigene specifice (de	factori psihologici
obicei inhalate)	(anxietate, stres,	
conflicte), infecţii,		
poluanţi atmosferici,		
profesionali		

în patogeneza AB pot interveni atât o reacţie imună cât şi un dezechilibru la nivelul sistemului nervos vegetativ (SNV) (Porth, 1990).

(a) *Răspunsul imun.* Astmul alergic se produce în principal printr-un mecanism de hipersensibilitate de tip I mediat de anticorpi din clasa IgE. Aceştia sunt sintetizaţi în organism în urma unui prim contact cu alergenul, după care se fixează pe mastocitele din lumenul bronşic. La apariţia aceluiaşi antigen se declanşează o reacţie antigen-anticorp urmată de activarea mastocitelor şi eliberarea mediatorilor chimici conţinuţi în acestea (histamină, adenozină, enzime etc). Aceste substanţe produc bronhospasm, creşterea

secreţiei de mucus şi edem bronşic prin hiperpermeabilitate vasculară, acţionând deci ca trigger al crizei de AB.

(b) *Dezechilibrul la nivelul sistemului vegetativ.* SNV influenţează atât activitatea musculaturii netede bronşice cât şi eliberarea mediatorilor de la nivelul mastocitelor. Componenta parasimpatică produce bronhoconstrictie şi favorizează eliberarea de mediatori (determinând efectele amintite mai sus), în timp ce componenta simpatică produce relaxare bronşică şi inhibă eliberarea mediatorilor.

Factorii care declanşează crizele de AB sunt diferiţi de factorii etiologici care au iniţiat boala şi care adesea rămân necunoscuţi. Aceşti factori declanşatori ai crizelor sunt de mai multe feluri: factori alergici (praf de cameră, polen, spori de mucegaiuri sau fungi, alimente, medicamente etc), factori infecţioşi (virusuri, bacterii, Mycoplasma), factori psihologici, factori ocupaţionali (sunt predispuse persoanele care au anumite ocupaţii: măturători, lucrători în industria textilă, în zootehnie etc), efortul fizic etc.

Modelul imunologie al astmului oferă cea mai bună explicaţie a mecanismelor patogenetice dar la un număr foarte mare de pacienţi astmatici factorii non-alergici au o importanţă majoră. Această implicare a factorilor non-imunologică în patogeneza AB este susţinută de:

(a) răspunsul bronhodilatator nespecific declanşat de foarte mulţi stimuli neimunologici: inhalarea de iritanţi, infecţiile virale, efortul, stresul emoţional;

(b) unele medicamente foarte active în AB acţionează la nivelul controlului nervos vegetativ al bronşiilor.

SNV controlează tonusul căilor aeriene şi al secreţiilor de la acest nivel prin trei componente.

- sistemul colinergic (prin nervul vag X). Acetilcolina acţionează la nivelul receptorilor muscarinici (un subtip de receptor colinergic) din bronşii, determinând bronhoconstrictie şi creşterea secreţiei de mucus.
- sistemul adrenergic. Adrenalina acţionează la nivelul bronşiilor pe receptorii beta producând bronhodilataţie şi inhibarea eliberării de mediatori mastocitari.
- sistemul non-adrenergic non-colinergic (NANC). Acesta poate induce, în funcţie de stimul, atât bronhodilataţei cât şi bronhoconstrictie. Neurotransmiţătorii acestui sistem se numesc neuropeptide. VIP (vasoactive intestinal peptide) produce bronhodilataţie şi este rapid degradat de către enzimele eliberate de celulele inflamatorii din AB. Tahikininele acţionează pe receptorii bronşici determinând bronhoconstrictie, hipersecreţie bronşică şi edem.

Există numeroase date care arată implicarea factorilor psihologici area.
atât în declanşarea sau agravarea crizei de AB, cât şi în amelic

Această ameliorare determinată de factorii emoționali se poate realiza fie direct, fie prin potențarea efectului farmacologic al medicației.

Modificările calibrului căilor aeriene sub acțiunea factorilor psihologici se produc prin intermediul SNV, dar există date care sugerează şi implicarea endorfinelor în acest proces.

Testările psihologice ale pacienților cu AB au decelat la mulți dintre aceştia scoruri crescute la scalele de măsurare a anxietății, aceste scoruri datorându-se fie unei structuri de personalitate dominate de anxietate (anxietatea ca trăsătură), fie severității crizelor de AB (anxietatea ca stare). Uneori factorii psihoemoționali sunt responsabili pentru rezistența la tratament a unui AB.

Factorii emoționali intervin în criza de AB sunt greu cuantificabili, dar este cert că atât dificultățile respiratorii cât şi wheezingul determină anxietate, aceasta reprezentând deci un element obişnuit şi important **al** agravării crizei de AB. Indiferent de factorul inițial declanşator, disconfortul respirator produce un cerc vicios prin intermediul anxietății care determină agravarea dispneei, ceea ce duce la intensificarea anxietății, iar hiperventilația care acompaniază anxietatea complică şi agravează situația.

Crizele de AB pot fi condiționate, în special la copii, de prezența părinților. Numeroase studii au arătat eficacitatea scoaterii copilului din mediul familial, acest procedeu fiind numit şi "parentectomie" (Sheridan şi Radmacher, 1992).

Groen (1976) citează studiile lui Dekker şi studiile proprii, studii care arată că wheezingul poate fi indus prin expunerea pacienților astmatici la situații cu un conținut emoțional specific pentru aceştia. Aceste crize sunt identice cu cele produse prin inhalarea de alergeni. Deci într-o criză de AB se intrică o multitudine de mecanisme patogenetice: imunologice, nervoase şi psihologice. Chiar în cadrul aceleiaşi crize de AB pot fi implicați mai mulți factori: de exemplu criza poate fi declanşată prin alergie sau infecție şi să persiste datorită anxietății generate de simptomatologia neplăcută sau factorii psihologici pot deține un rol major chiar de la început.

Complicații.

• starea de rău astmatic (acces astmatic de o deosebită gravitate, cu durată de minim 24 de ore, care nu răspunde la medicația bronhodilatatoare curentă administrată în doze adecvate - agenți beta2 adrenergici şi teofilină - şi care este însoțită variabil de tulburări cardiocirculatorii, neurologice şi gazometrice specifice),

• pneumotoraxul spontan,

• insuficiența respiratorie,

• cordul pulmonar cronic.

Tratament.

Tratamentul medicamentos în criza astmatică constă în:

A. Medicație bronhodilatatoare:

(a) agonişti beta-adrenergici: reprezintă prima linie de tratament. Aceşti agonişti pot fi:

• cu durată scurtă de acțiune (2 ore): ex. Izoproterenol,

• cu durată medie de acțiune (4-6 ore): ex. Salbutamol,

• cu durată lungă de acțiune (12 ore): ex. Formoterol.

(b) metilxantine: ex. Teofilină, Aminofilina,

(c) anticolinergice: ex. Bromura de ipratropium. ***B. Antiinflamatoare:*** (a) corticosteroizii: reprezintă cea mai eficientă medicație antiinflamatoare. Se administrează:

-sistemic: ex. Prednison, Prednisolon,

-inhalator: Beclomethason dipropionat.

(b) antiinflamatoare nesteroidiene utile în prevenirea crizelor de AB: Cromoglicatul de sodiu, Nedocromilul sodic.

Tratamentul de bază este tratamentul medicamentos, psihoterapia fiind adjuvantă.

Tratament psihologic.

Crizele astmatice nu pot fi tratate exclusiv prin metode psihoterapeutice, ele necesitând tratament medicamentos, dar psihoterapia este utilă în scăderea anxietății care însoțeşte crizele (şi care determină exacerbarea manifestărilor specifice) şi identificarea cauzelor psihologice care condiționează, preced şi declanşează crizele astmatice.

Tratamentul psihologic de fond (pentru reducerea anxietății cronice), în acest scop se utilizează tehnici prin care intervenția se realizează la trei nivele: cognitiv, comportamental şi biologic.

(1) Tehnicile de intervenție la nivel cognitiv (tehnici de restructurare cognitivă, tehnici de inoculare a stresului şi tehnica rezolvării de probleme) (vezi cap. 2).

(2) Tehnicile de intervenție la nivel comportamental (tehnici de accelerare, respectiv decelerare a unui comportament) (vezi cap. 3).

(3) Tehnicile de intervenție la nivel biologic: tehnici de relaxare, flooding, desensibilizarea progresivă, biofeedback-ul, medicația anxiolitică (ex. Diazepam, Distonocalm etc.) (vezi cap. 4).

în afara acestor tehnici psihoterapeutice care se adresează fondului de anxietate, sunt necesare şi anumite intervenții cerute de particularitățile acestei boli.

Intervenții psihoterapeutice ce vizează boala țintă.

(1) Tehnici de relaxare. Acestea sunt utile în special la copii, având succes mai ales în stadiile inițiale ale bolii. Se folosesc diverse tehnici:

training autogen, relaxarea progresivă Jacobson, hetero/autohipnoza, biofeedback.

(2) Tehnici de desensibilizare progresivă. Utilizarea acestora porneşte de la premisa că iniţial criza astmatică este un răspuns necondiţionat la alergeni, iar ulterior, prin procesul condiţionării clasice, devine răspuns condiţionat la stimuli neutri.

(3) Tehnici de decelerare comportamentală. Manifestările din timpul crizei de AB pot fi un comportament învăţat în vederea obţinerii atenţiei, îngrijirii şi gratificării (Ionescu, 1990). Este important ca familia să fie implicată în acest demers terapeutic: părinţii trebuie să aibă o atitudine gratificantă pentru comportamentul non-astmatic şi una de abţinere pentru comportamentul astmatic.

(4) Biofeedbackul necesită o menţiune specială în cazul AB, nefiind util doar ca metodă de relaxare, ci şi pentru anihilarea simptomelor incipiente ale crizei. Pentru monitorizarea răspunsului, bolnavul utilizează un aparat numit peak-flow meter care măsoară fluxul expirator maxim.

(5) Tehnicile suportive au două obiective principale:

(a) scăderea anxietăţii ce precede sau însoţeşte criza,

(b) ameliorarea relaţiilor interpersonale ale pacientului, acestea având rol atât în declanşarea cât şi în recurenţa crizelor.

II. APARATUL CARDIOVASCULAR

1. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Definiţie. Hipertensiunea arterială reprezintă creşterea persistentă a tensiunii arteriale sistolice şi diastolice peste valorile de 140/90 mm Hg.

Etiopatogenie. în majoritatea cazurilor hipertensiunea arterială este considerată esenţială, adică este un proces patologic primar, neavând o etiologie clară. într-un procent redus de cazuri hipertensiunea arterială este secundară unor boli renale, endocrine, cardiovasculare, neurologice sau consumului de anumite medicamente.

Nivelul tensiunii arteriale este determinat în principal de doi factori (vezi fig.l).

• debitul cardiac (volumul de sânge expulzat de ventriculul stâng în circulaţia sistemică într-un minut) care depinde de frecvenţa cardiacă şi de volumul sistolic.

• rezistenţa periferică: depinde de calibrul vaselor mici (arteriole), de vâscozitatea sângelui şi de volumul circulant.

XA = Debitul cardiac **x** Rezistenţa

SNV simpatic — Mecanismul renină-angiotensină-aldosteron

Figura 1. *Factorii care determină valoarea tensiunii arteriale şi mecanismele lor de*

Volumul sistolic — Frecvenţa cardiacă — Calibrul vascular — Integritatea peretelui vascular

control.

Orice condiţie care determină hiperreactivitate simpatică determină creşteri tranzitorii ale tensiunii arteriale la o persoană normală şi creşteri paroxistice ale tensiunii pe fondul unei hipertensiuni arteriale stabile.

SNV simpatic produce prin stimularea receptorilor alfal vasoconstricţie - ceea ce duce la creşterea rezistenţei periferice -, prin stimularea receptorilor betal cardiaci produce creşterea debitului cardiac, iar prin stimularea receptorilor betal renali determină hipersecreţie de renină. De asemenea, sistemul vegetativ simpatic poate activa sistemul renină-angiotensină-aldosteron (RAA) care produce mărirea tensiunii arteriale fie prin vasoconstricţia indusă de angiotensina II, fie prin expansiunea de volum determinată de aldosteron.

în clinică există o strânsă relaţie între factorii psihostresanţi şi creşterile temporare ale tensiunii arteriale, iar la persoanele hipertensive aceştia produc invariabil oscilaţii presionale mai ample şi mai durabile. Fenomene inverse se produc în condiţii de relaxare şi linişte. Numeroase studii experimentale atestă rolul situaţiilor psihostresante în apariţia hipertensiunii arteriale esenţiale. S-a demonstrat existenţa unui răspuns hipertensiv la stimuli ce declanşează ostilitatea, furia sau anxietatea. Goldstein (1981) a arătat că hipertensivii răspund atât la anxietate cât şi la furie prin creşteri semnificativ mai mari ale tensiunii arteriale comparativ cu normotensivii. Prin observaţii clinice s-a confirmat faptul că cele mai des identificate stări afective ale hipertensivilor sunt anxietatea, ostilitatea şi furia.

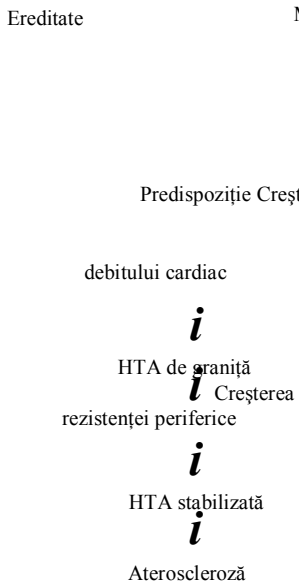


Figura 2. *Istoria naturală a hipertensiunii arteriale* (după Sheridan şi Radmacher, 1992).

Complicații.

(1) Datorate HTA: accident vascular cerebral hemoragie, insuficiență cardiacă, insuficiență renală, disecție de aortă.

(2) Datorate aterosclerozei: cardiopatie ischemică (inclusiv infarct miocardic), accident vascular cerebral ischemic, arteriopatii aterosclerotice periferice.

Tratament.

Tratamentul medicamentos. Mijloacele de tratament medicamentos sunt reprezentate de 7 clase de medicamente (Gherasim, 1996).

(1) diuretice (reduc debitul cardiac):

- tiazidice: Hidroclorotiazida, Clortalidona
- de ansă: Furosemid, Acid etacrinic
- economizoare de potasiu: Spironolactonă, Amilorid, Triamteren

(2) inhibitoare ale simpaticului:

- inhibitori adrenergici periferici: Guanetidina
- inhibitori adrenergici centrali: Alfametildopa, Clonidina
- inhibitori adrenergici periferici şi centrali: Rezerpina
- alfablocante: neselective (Fenoxibenzamina), selective (Prazosin)
- betablocante: neselective (Propranolol, Sotalol), selective (Metoprolol, Atenolol)
- alfa şi betablocante: Labetalol

- mixte: Urapidil

(3) vasodilatatoare directe musculotrope (scad rezistența periferică): Minoxidil, Diazoxid, Nitroprusiat de sodiu.

(4) inhibitorii enzimei de conversie (inhibă sistemul renină-angiotensină-aldosteron): Captopril, Enalapril.

(5) blocantele canalelor de calciu (determină vasodilatație, reduc frecvența cardiacă, deci scad debitul cardiac): Nifedipin Verapamil, Diltiazem.

(6) inhibitorii receptorilor serotoninici S2 (produc arteriolodilatație): Ketanserina.

(7) activatori ai canalelor de potasiu (produc vasodilatație): Nicorandil, Cromakalin.

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond adresat anxietății* (vezi cap. "Astmul bronşic"), precum şi cel ce vizează boala țintă.

Tratamentul ce vizează boala țintă cuprinde:

(1) Metode de relaxare (training autogen, relaxarea progresivă Jacobson, hetero/autohipnoza, biofeedback). Relaxarea reduce arousalul SNV simpatic, ceea ce va determina scăderea frecvenței cardiace şi vasodilatație, şi deci scăderea tensiunii arteriale. Este de subliniat că în acest caz biofeedback-ul poate utiliza ca metodă de verificare a eficacității măsurarea directă a tensiunii arteriale;

(2) Intervenții cognitiv-comportamentale pentru modificarea stilului de viață nesănătos şi achiziționarea unor deprinderi sănătoase. Este important ca pacientul să renunțe la fumat, să reducă consumul de cafea şi de alcool. In cazul bolnavilor supraponderali scăderea în greutate este un obiectiv major, reducând travaliul cardiac. în alimentație grăsimile trebuie să reprezinte maximum 25% din nevoile calorice totale şi să fie în marea lor majoritate de origine vegetală. Dieta trebuie să fie hiposodată şi să se realizeze un supliment de potasiu (contraindicat în cazul utilizării diureticelor ce economisesc potasiul). Este important de asemenea ca pacientul să execute exerciții fizice în mod regulat.

în acest scop se utilizează tehnici de modificare a cogniților dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc.

2. ANGINA PECTORALĂ

Definiție. Angina pectorală se manifestă prin durere în regiunea retrosternală sau în regiunile toracice adiacente şi care are caractere relativ specifice:

- apare în accese de scurtă durată (3-15 minute),
- este produsă de obicei de efort şi factori psihologici,
- încetează prompt la repaus sau nitroglicerină.

Etiopatogenie. Principala etiologie este cea aterosclerotică, dar există şi cauze non-aterosclerotice: anomalii congenitale, embolii, spasme ale musculaturii arteriale, traumatisme, arterite, tulburări metabolice, hipertensiune arterială.

Angina pectorală este manifestarea clinică a ischemiei miocardice (lipsa sau scăderea oxigenului necesar funcţiei miocardice), datorată fie creşterii necesarului miocardic de oxigen (efort, emoţii, hipertensiune arterială), fie scăderii aportului de oxigen datorate reducerii fluxului sanguin coronarian (ateroscleroză, embolie etc).

Natura stimulilor nociceptivi miocardici poate fi dublă: chimică (prin eliberarea anumitor substanţe chimice în urma ischemiei celulelor miocardice) sau mecanică (lezarea coronarelor). Aceşti stimuli acţionează asupra terminaţiilor nervoase nemielinizate situate pericoronarian şi între fibrele miocardice. Impulsurile sunt conduse prin aferente simpatice nemielinice sau mielinice aparţinând plexurilor cardiace şi ajung la primii cinci ganglioni simpatici toracici superiori. De aici, prin ramurile comunicante albe ajung în măduva spinării, iar prin fasciculul spinotalamic la talamus şi cortex. Impulsurile sunt modulate şi integrate la diferite nivele, inclusiv la nivelul cortexului, iar modularea poate contribui la variabilitatea pragului anginos, atât de diferit de la o persoană Ia alta.

Durerea anginoasă poate fi produsă tipic de efort, factori psihoemoţionali, frig, prânzuri bogate, efort sexual, tahiaritmii, dar poate apărea şi în repaus sau somn.

Studiile au arătat că un anumit tip comportamental (numit comportament de tip A) reprezintă un factor favorizant al bolilor cardiace în general. Acest tip comportamental se caracterizează printr-un fel de luptă continuă contra cronometru, o încercare de a atinge cât mai multe scopuri în cât mai puţin timp. Trăsăturile dominante sunt senzaţia de insecuritate şi hiperagresivitatea.

De asemenea factorii psihoemoţionali se regăsesc la originea multor accese anginoase. Anxietatea poate produce ischemie miocardică tranzitorie la persoanele cu leziuni coronariene prin creşterea nevoilor miocardice de oxigen indusă de stimularea simpaticului, creşterea frecvenţei cardiace şi a tensiunii arteriale şi posibil prin vasoconstricţie coronară. In comparaţie cu angina pectorală produsă de efort, care de obicei încetează prompt în condiţii de repaus, angina pectorală indusă de factori emoţionali tinde să persiste mai mult şi să aibă o frecvenţă mai mare a acceselor. De asemenea, în unele cazuri anxietatea agravează angina de efort.

Durerea însoţită de anxietate creşte net probabilitatea infarctului miocardic. Mai mult, există o strânsă corelaţie între această creştere a probabilităţii infarctului miocardic şi intensitatea anxietăţii care însoţeşte durerea precordială.

Complicaţii. Cea mai redutabilă complicaţie a anginei este reprezentată de infarctul miocardic.

Tratament.

Tratament medicamentos. Toate medicamentele antianginoase acţionează asupra parametrilor care induc dezechilibru între necesităţile miocardice de oxigen şi aportul de oxigen la miocard. Principalele clase de medicamente utilizate sunt:

(a) nitraţii care produc coronarodilataţie (ex. Nitroglicerina, Isosorbid mononitrat, Isosorbid dinitrat etc),

(b) betablocantele: scad frecvenţa cardiacă, scad tensiunea arterială la efort (ex. Propranolol, Sotalol, Metoprolol etc). Sunt preferate betablocantele selective (vezi tratamentul HTA),

(c) blocantele de canale de calciu care scad nevoia de oxigen a miocardului şi cresc fluxul sanguin coronarian (ex. Nifedipina, Verapamil, Diltiazem etc).

Tratamentul chirurgical constă în revascularizaţia miocardului (în cazul unei angine de etiologie obstructivă).

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond al anxietăţii* (vezi capitolul "Astmul bronşic") precum şi intervenţii care se adresează anginei pectorale.

Intervenţii psihoterapeutice ce vizează boala ţintă.

(1) Metode de relaxare (training autogen, relaxarea progresivă Jacobson, hetero/autohipnoza, biofeedback). Relaxarea reduce arousalul SNV simpatic, ceea ce va determina scăderea frecvenţei cardiace şi deci a necesităţilor de oxigen ale miocardului, cupând astfel durerea.

(2) Intervenţii cognitiv-comportamentale pentru modificarea stilului de viaţă nesănătos, inclusiv a comportamentului de tip A şi achiziţionarea unor deprinderi sănătoase. Este important ca pacientul să renunţe la fumat. In cazul bolnavilor supraponderali scăderea în greutate este un obiectiv major, reducând travaliul cardiac. Pacientul trebuie să conştientizeze pragul de efort, precum şi condiţiile psihoemoţionale la care se declanşează în mod obişnuit criza anginoasă. Astfel, el trebuie să-şi limiteze efortul fizic şi să evite situaţiile cu anumită încărcătură emoţională susceptibile de a declanşa criza, în alimentaţie grăsimile trebuie să reprezinte maximum 25% din nevoile calorice totale şi să fie în marea lor majoritate de origine vegetală. Este important de asemenea ca pacientul să execute exerciţii fizice în mod regulat.

în acest scop se utilizează tehnici de modificare a cogniţiilor dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc.

III. APARATUL DIGESTIV

1. ULCERUL DUODENAL

Definiţie. Ulcerul duodenal reprezintă o eroziune a mucoasei duodenale care depăşeşte în profunzime musculara mucoasei şi este înconjurată de infiltrat inflamator de tip acut sau cronic (Pascu, 1996).

Etiopatogenie. Ulcerul duodenal reprezintă prototipul bolilor psihosomatice. în apariţia sa intervin mai mulţi factori:

- genetici
- de mediu:
  - alcoolul,
  - fumatul,
  - medicamente: aspirină, fenilbutazonă, cortizon etc,
  - infecţia cu Helicobacter pylori.
- psihologici: au importanţă atât în favorizarea apariţiei bolii cât şi în declanşarea acesteia. Stresul psihic are un rol bine definit în producerea atât a ulcerelor acute de stres cât şi a ulcerelor cronice. Există indivizi cu o anumită structură psihică (ex. anxietatea ca trăsătură de personalitate) care au o mai mare capacitate de a secreta acid clorhidric şi pepsină.

Cercetările clinice şi experimentale au dus la concluzia că ulcerul este consecinţa unui dezechilibru între factorii de agresiune şi cei de apărare ai mucoasei duodenale. Acest dezechilibru se datorează în special intensificării factorilor de agresiune şi în mai mică măsură scăderii factorilor de apărare.

Factorii de agresiune sunt reprezentaţi de HC1, pepsină, refluxul duodenogastric (biliar, pancreatic, intestinal).

Factorii de apărare sunt reprezentaţi de mucusul duodenal, bicarbonat, prostaglandine, celulele epiteliului de suprafaţă, microcirculatia sanguină, factorul de creştere epidermal (Pascu, O., 1996). în ulcerul duodenal există o hipersecreţie de HC1 la majoritatea pacienţilor. Excesul de HC1 apare în special la cei cu antecedente heredocolaterale de ulcer.

S-a demonstrat că la persoanele cu ulcer duodenal nu există repausul fiziologic nocturn al secreţiei de HC1, ceea ce expune mucoasa duodenală Ia un pH acid prin netamponarea HC1 de către alimente (Pascu, O., 1996).

Pepsină este o enzimă proteolitică secretată de mucoasa gastrică şi duodenală. La bolnavii cu ulcer duodenal este crescut nivelul seric al pepsinogenului I (forma inactivă a enzimei) care este apoi activat doar în condiţia de pH acid.

Helicobacter pylori este o bacterie spiralată ce posedă un bogat echipament enzimatic. Studii recente au precizat rolul său în ulcerogeneză (Andreica, 1995).

Fumatul creşte incidenţa ulcerului duodenal, determină un răspuns redus la tratamentul antiulceros şi creşte frecvenţa complicaţiilor, ceea ce conduce la creşterea mortalităţii prin această boală.

Antiinflamatoarele şi alcoolul acţionează asupra celor două grupe de factori: agresiunea clorhidropeptică - pe care o amplifică - şi mecanismele de apărare - pe care le inhibă.

Tulburările de motilitate gastro-duodenală: la bolnavii cu ulcer duodenal există o evacuare gastrică accelerată, ceea ce conduce la expunerea duodenului la un pH acid, aceasta reprezentând o verigă importantă în ulcerogeneză.

Glandele Brunner localizate la nivelul duodenului secretă mucus cu rol în protecţia acestei zone. Activitatea acestor glande este inhibată prin stimuli simpatici, ceea ce ar reprezenta unul din mecanismele prin care anxietatea şi stresul contribuie la dezvoltarea ulcerului duodenal.

Complicaţiile ulcerului duodenal sunt: hemoragia, perforaţia, penetraţia, stenoza. *Tratament Tratamentul medicamentos* constă în administrarea de (Pascu, 1996):

(1) antiacide: Fosfalugel, Amphogel. Sunt utile pentru tratamentul ulcerului duodenal în fază activă, dar şi pentru prevenţia recurenţelor în perioadele cu risc;

(2) antisecretorii:

(a) anticolinergice:

- neselective: Foladon, Propantelină. Datorită reacţiilor adverse, au indicaţii limitate,
- selective: Gastrozepin,

(b) antagonişti de receptori H2: Cimetidină, Ranitidină, Famotidină,

(c) antigastrinice: Proglumid,

(d) inhibitori ai pompei de protoni: Omeprazol, Lansoprazol;

(3) protectoare ale mucoasei gastrice:

(a) prostaglandine: Misoprostol, Enprostil,

(b) Sucralfat,

(c) bismut coloidal,

(4) antibacteriene necesare pentru combaterea Helicobacter pylori. De obicei se utilizează o dublă asociere: Metronidazol şi Furazolidon sau triplă: De-Nol şi Tetraciclină şi Metronidazol; frecvent se asociază şi un antisecretor.

Tratamentul chirurgical este necesar în special în cazul complicaţiilor.

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond al anxietăţii* (vezi capitolul "Astmul bronşic") precum şi intervenţii care se adresează ulcerului.

Intervenţii psihoterapeutice ce vizează boala ţintă.

(1) Metode de relaxare (training autogen, relaxarea progresivă Jacobson, hetero/autohipnoza, biofeedback). în cazul hipnozei sunt utile sugestiile specifice care se referă la vindecarea leziunii ulceroase.

(2) Intervenţii cognitiv-comportamentale pentru modificarea stilului de viaţă nesănătos şi achiziţionarea unor deprinderi sănătoase. Este important ca pacientul să renunţe la fumat şi la alcool. Acesta este un obiectiv important şi cu consecinţe deosebite, vindecarea fiind în mod cert favorizată, iar recidivele se reduc. în alimentaţie trebuie evitate condimentele şi alcoolul. Este contraindicat consumul de antiinflamatoare.

în acest scop se utilizează tehnici de modificare a cogniţiilor dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc.

(3) în cazul în care este necesară intervenţia chirurgicală, se va efectua pregătirea psihologică preoperatorie. Aceasta are ca obiective atât acceptarea operaţiei de către pacient, cât şi reducerea anxietăţii legate de manopera chirurgicală, aceasta repercutându-se asupra evoluţiei şi recuperării postoperatorii.

2. SINDROMUL INTESTINULUI IRITABIL

Definiţie. Afecţiune gastro-intestinală caracterizată prin modificarea tranzitului intestinal, cu sau fără durere abdominală, în absenţa unui substrat organic decelabil (Acalovschi, 1996).

Etiopatogenie. Există două tipuri de factori: psihologici şi alimentari.

Factorii psihologici. Nu s-a stabilit cu certitudine dacă simptomele din intestinul iritabil reprezintă o percepţie normală a unei funcţii anormale sau o percepţie anormală a unei funcţii normale. Unii fiziologi consideră că stimularea viscerală prelungită prin inflamaţie sau prin alţi factori nocivi creşte sensibilitatea receptorilor intestinali, receptori care în mod normal au un prag ridicat de sensibilitate. în aceste condiţii simptomele persistă şi după încetarea stimulării. Indiferent de cauză, funcţionarea intestinului este anormală la aceşti pacienţi.

Se ştie că stresorii alterează funcţionarea intestinului subţire şi gros. De multe ori evenimente de viaţă stresante preced debutul bolii. Majoritatea studiilor indică o asociere mult mai frecventă în cazul acestor pacienţi cu depresia majoră, atacul de panică, agorafobia, decât la populaţia generală. în cadrul grupului de pacienţi cu intestin iritabil, cei care nu solicită frecvente consulturi medicale au un profil psihologic similar cu populaţia sănătoasă.

Astfel, ceea ce îl aduce pe pacient la medic este nu numai simptomatologia, ci şi statusul său psihologic.

în patogeneza intestinului iritabil se constituie un cerc vicios: simptomele induc anxietate, aceasta exacerbează sensibilitatea intestinului la diverşi stimuli, simptomele se agravează şi, consecutiv, anxietatea se accentuează.

Factorul alimentar. Factorii alimentari incriminaţi în instalarea acestei tulburări sunt: alimentaţia săracă în fibre vegetale, consumul de alcool, fumatul, mesele neregulate şi în general, alimentaţia neraţională.

Principalul mecanism patogenetic în cazul sindromului intestinului iritabil este reprezentat de alterarea motilităţii intestinale. S-a sugerat că stimulul normal pentru declanşarea motilităţii intestinale este colecistokinina iar intestinul iritabil ar fi rezultatul unui răspuns exagerat la o descărcare normală de colecistokinina după ingestia de alimente. Pacienţii răspund exagerat la injectarea de colecistokinina sau medicamente colinergice.

Anxietatea şi stresul psihic determină o creştere a activităţii motorii intestinale, dar această modificare nu este specifică pentru intestinul iritabil.

Tratament.

Tratamentul medicamentos. La pacienţii ce prezintă constipaţie, este necesar ca dieta să conţină fibre vegetale, în special cereale neprelucrate (tărâţe de grâu), acestea acţionând ca laxative de volum. în cazul în care simptomatologia apare ca fiind determinată sau accentuată de unele alimente (lactate, cafea, alcool, legume care fermentează), acestea trebuie eliminate din dietă. în plus se administrează antispastice (ex. Papaverină, Scobutil etc).

La pacienţii cu simptome diareice se administrează medicaţie antidiareică (ex. Loperamid, Difenoxilat etc). în caz de balonare se administrează absorbante de gaze (Cărbune activat, Polisiloxan).

De asemenea se administrează antidepresive şi anxiolitice.

Tratamentul psihologic.

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond al anxietăţii* (vezi capitolul "Astmul bronşic").

Explicarea simptomelor şi a mecanismelor lor de producere este deseori utilă pentru pacient, căruia trebuie să i se îndepărteze ideea unei boli inflamatorii cronice sau a unui proces malign (de multe ori pacientul, nemulţumit de rezultatele tratamentului este convins că are mai mult decât îi spune medicul şi este în permanentă căutare a consultului de specialitate).

Pacientul trebuie să înţeleagă că, deşi pot surveni ameliorări, evoluţia bolii este de tip cronic

Sunt folositoare următoarele *intervenţii psihoterapeutice care vizează boala ţintă:*

(1) Metode de relaxare (training autogen, relaxarea progresivă Jacobson, hetero/autohipnoza, biofeedback).

(2) Intervenţii cognitiv-comportamentale pentru modificarea stilului de viaţă nesănătos şi achiziţionarea unor deprinderi sănătoase. Este important ca pacientul să renunţe la cafea şi la alcool (în special vin şi bere). în cadrul alimentaţiei este necesar să se înlăture consumul unor legume, fructe care prin fermentaţie produc un exces de gaze.

In acest scop se utilizează tehnici de modificare a cogniţiilor dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc.

3. RECTOCOLITA ULCEROHEMORAGICĂ (RCH)

Definiţie. Boală inflamatorie care afectează în principal mucoasa rectului şi a porţiunii terminale a colonului, caracterizată prin rectoragie cu emisii frecvente de scaun, evoluţie cronică, alternând puseele cu remisiunile.

Etiopatogenie. Etiologia RCH este încă neclară. Ipotezele actuale incriminează factorii infecţioşi, alergenii alimentari, răspunsurile imune la antigeni bacterieni sau proprii şi factorii psihologici.

(1) *Factorii infecţioşi:* nu s-a izolat în mod constant nici un microorganism specific dar un studiu clinic cu Tobramicină a arătat eficacitatea ridicată a acesteia comparativ cu placebo (Burke, 1990).

(2) *Alergia alimentară:* nu există date certe în legătură cu această asociere dar eliminare lactatelor din dietă a condus la ameliorări ale simptomatologiei în 20% din cazuri.

(3) *Fumatul.* S-a dovedit că acesta are rol protector faţă de apariţia RCH. Riscul de a dezvolta RCH la nefumători comparativ cu fumătorii este de 6:2. Acest risc este mai crescut la foştii fumător, în special în primii 2 ani după renunţarea la fumat.

(4) *Factorii imuni* par a avea un rol în patogeneză, fapt dovedit de predominanţa limfocitelor T în mucoasa intestinală lezată şi exagerarea funcţiei limfocitelor T citotoxice izolate din sânge, mucoasa inflamată şi cea indemnă.

(5) *Factorii psihologici.* Stresul determină eliberarea unor peptide (substanţe de natură proteică) din neuronii vegetativi şi din mastocitele din mucoasa intestinală. Aceste peptide vor determina la nivel intestinal atragerea activarea celulelor inflamatorii. De altfel se ştie că există o relaţie între evenimentele stresante de viaţă şi apariţia puseelor de RCH. Mai ales în cazurile cu debut acut al RCH se constată că intervalul de timp dintre o circumstanţă psihostresantă şi apariţia primelor semne de boală poate fi de câteva zile (Engel, 1975). Relaţia colită-psihoză este mai puternică decât în orice altă boală psihosomatică. Oricum, astfel de pacienţi prezintă o evoluţie mai severă a bolii, un răspuns terapeutic mai redus şi un prognostic infaust.

Complicaţii.

(a) Locale: perforaţia, megacolonul toxic, supuraţii, hemoragii masive, malignizarea leziunilor (de 30 de ori mai frecventă şi cu 10 ani mai devreme în cazul RCH decât la restul populaţiei).

(b) Generale (mai rar întâlnite): manifestări articulare, cutanate (pioderma gangrenosum), hepatice.

Tratament.

Tratamentul medicamentos se adresează în primul rând puseului, cu individualizări în funcţie de gravitate şi de prezenţa complicaţiilor locale. Tratamentul utilizează:

(1) antiinflamatoare: corticosteroizi de obicei în perfuzie (derivaţi de prednison, hemisuccinat de hidrocortizon) sau în clismă dacă bolnavul le tolerează (Prednisolon 2, 1 fosfat, sau preparate superioare: Beclometazona, Budesonid). După îmbunătăţirea stării pacientului se poate trece la administrarea de Salazopirină;

(2) antibiotice: Tetraciclină, Tobramicină. Administrarea lor evită intervenţia chirurgicală la 4 din 5 bolnavi (Pascu, O., 1996);

(3) imunosupresoare: se administrează în cazul în care nu se obţin ameliorări după tratamentul cu antiinflamatoare: Azatioprina, 6 Mercaptopurina.

Tratamentul chirurgical în cazul instalării anumitor complicaţii (supuraţii, perforaţii, megacolonul toxic) este necesară intervenţia chirurgicală. Aceasta constă în colectomie şi determină creşterea ratei supravieţuirii şi a calităţii vieţii.

Tratamentul psihologic.

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond al anxietăţii* (vezi capitolul "Astmul bronşic").

Datorită puternicei influenţe a factorilor psihologici în declanşarea puseelor colitice precum şi în evoluţia generală a bolii, se impune într-o măsură mai mare decât în alte stări patologice o abordare psihoterapeutică a acestor bolnavi. *Tratamentul psihologic adresat bolii ţintă* constă în:

(1) în cazul acestei boli sunt importante tehnicile suportive, şi implicarea familiei astfel încât să se asigure bolnavului un mediu adecvat;

(2) Tehnicile comportamentale asociate cu intervenţiile la nivel cognitiv au ca obiectiv schimbarea stilului de viaţă al bolnavilor. în pusee este necesară o alimentaţie care să nu producă iritarea termică, chimică sau mecanică a mucoasei. Trebuie scoase din alimentaţie laptele, smântână, brânzeturile fermentate, sucurile, dulciurile, legumele şi fructele crude, grăsimile animale şi grăsimile prelucrate termic. După remisia puseului,

acestea vor fi reintroduse progresiv în alimentație în măsura în care sunt suportate de pacient.

In acest scop se utilizează tehnici de modificare a cogniților dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc;

(3) In cazul în care este necesară intervenția chirurgicală, se va efectua pregătirea psihologică preoperatorie. Aceasta are ca obiective atât acceptarea operației de către pacient cât şi reducerea anxietății legate de manopera chirurgicală, aceasta repercutându-se asupra evoluției şi recuperării postoperatorii.

IV. APARATUL LOCOMOTOR

POLIARTRITA REUMATOIDĂ

Definiție. Boală cronică sistemică caracterizată prin:

(1) inflamație simetrică poliarticulară, de obicei la nivelul articulațiilor periferice,

(2) afectare extraarticulară (ex. la nivel pulmonar, ocular, tegumentar etc),

(3) impotență funcțională articulară de la vârste tinere,

(4) alterare articulară progresivă.

Etiopatogenie. Deşi cauza artritei reumatoide nu este pe deplin cunoscută, există numeroase evidențe care sugerează implicarea factorilor genetici şi a celor imunologici.

(1) *Factorii genetici.* Studiile familiale indică o predispoziție genetică pentru această afecțiune. Este incriminată o transmitere poligenică, dar nu au fost evidențiați markeri genetici specifici. Totuşi, numai factorii genetici nu pot explica toate cazurile de artrită reumatoidă (vezi exemplul de mai jos), aceasta sugerând că şi factorii de mediu joacă un rol în etiologia bolii.

(2) *Factorii psihoneuroimunologici.* La aproximativ 70% dintre pacienți se poate detecta, prin probe de laborator, prezența factorului reumatoid (anticorp de tip IgM îndreptat împotriva propriilor imunglobuline G). Factorul reumatoid reacționează cu imunglobulinele G (IgG) şi formează complexe imune antigen-anticorp care determină activarea sistemului complement. Aceasta va conduce la eliberarea de mediatori chimici ce determină acumularea la nivelul articulației de celule inflamatorii (polimorfonucleare, monocite, limfocite). Aceste celule fagocitează complexele imune depuse la nivel articular şi eliberează enzime lizozomale capabile să producă leziuni distructive la nivelul cartilajului articular.

Răspunsul inflamator care urmează atrage în continuare local noi limfocite (şi alte celule inflamatorii) creându-se astfel un cerc vicios care perpetuează infiamația. Nu se cunoaşte cauza sintezei acestui factor reumatoid în organismul persoanei bolnave. Există posibilitatea ca un agent infecțios (virus) să producă alterări ale IgG, astfel încât acestea să fie detectate ca şi substanțe străine. O altă posibilitate este ca predispoziția genetică să aibă un rol în dezvoltarea răspunsurilor patologice.

Situațiile psihostresante şi stările afective negative influențează sistemul imunitar prin intermediul sistemului nervos şi al sistemului endocrin. Datele din literatură sugerează că există două moduri de instalare a artritei reumatoide: fie un debut acut, survenit în urma unei situații stresante majore (ex. decesul soțului, divorț etc), fie un debut insidios apărut ca urmare a unei serii de situații stresante de importanță mai mică (ex. neînțelegeri la locul de muncă, dezacorduri familiale etc).

într-un studiu citat de Glaser şi Kiecolt-Glaser (1994), studiu efectuat pe doi gemeni monozigoți s-a observat apariția artritei reumatoide doar la unul dintre ei. Cercetările efectuate au demonstrat faptul că geamănul la care a apărut artrita reumatoidă a trăit mult mai multe evenimente stresante înainte de debutul bolii comparativ cu gemenul la care boala nu s-a declanşat. Acest studiu demonstrează faptul că nu numai factorii genetici au importanță în declanşarea bolii.

Nu doar debutul bolii este legat de evenimentele stresante ci şi evoluția bolii depinde de factorii psihologici. Pacienții care trăiesc într-un mediu suportiv au o evoluție mai bună decât cei care sunt tratați cu ostilitate şi sunt respinşi de cei din jur.

Levine şi colaboratorii (citați de Glaser şi Kiecolt-Glaser, 1994), au propus o relație între sistemul nervos şi patogeneza artritei reumatoide. Această ipoteză se bazează pe observațiile clinice legate de simetria afectărilor articulare şi de existența unor articulații cu risc crescut pentru instalarea bolii (articulațiile mici). S-a observat că pacienții cu unul sau mai multe membre paralizate, care ulterior au dezvoltat artrita reumatoidă nu prezintă semne inflamatorii sau de eroziune la nivelul articulațiilor membrului paralizat (Thompson şi Bywaters, 1962). Ca urmare, Levine şi colaboratorii au propus un model patogenetic conform căruia extensia inflamației în articulație în cazul artritei reumatoide se corelează cu bogata inervație de la nivel sinovial, iar infiamația este mediată (măcar în parte) prin eliberarea substanței P de la nivelul fibrelor aferente şi eferente simpatice. (Substanța P "pain" excită algoreceptorii).

Complicaţii:

• manifestări pleuropulmonare: fibroză interstiţială, pneumonită etc,
• sindromul Felty: splenomegalie asociată cu neutropenie şi în unele cazuri cu anemie şi trombocitopenie,
• tulburări oculare: sclerită, episclerită,
• complicaţii cardiace,
• vasculite,
• amiloidoză secundară care conduce la sindrom nefrotic, hepatosplenomegalie,
• osteoporoză difuză urmată de fracturi,
• infecţii ce se grefează pe organismul debilitat.

Tratament.

Tratamentul medicamentos.

în scopul calmării durerii, combaterii inflamaţiei şi asigurării unor mişcări mai eficiente, se utilizează antiinflamatoare nesteroide: Aspirină, Indometacin, Piroxicam, izolat sau în asociere cu steroizi: Cortizon (per os), Diprofos (injectabil). în tratament se mai utilizează imunosupresive de tipul Ciclofosfamidei (per os sau în perfuzie), şi de asemenea sărurile de aur.

Tratamentul chirurgical. în unele cazuri se recurge la intervenţie chirurgicală, aceasta constând din sinovectomie, artroplastie sau plastie articulară totală.

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond al anxietăţii* (vezi capitolul "Astmul bronşic") precum şi intervenţii care se adresează bolii.

Psihoterapia adresată bolii ţintă.

(1) Intervenţii cognitiv-comportamentale pentru modificarea stilului de viaţă. în tratamentul artritei reumatoide o mare importanţă au terapiile fizice. Odihna este necesară în scopul reducerii stresului articular, fiind nevoie de 8-10 ore de repaus nocturn şi de 1-2 pauze în timpul zilei. Relaxarea psihică determină relaxare musculară, scăzând disconfortul articular. De aceea pacientul trebuie să înveţe o metodă de relaxare pe care să o aplice zilnic. Nu numai odihna este necesară în terapie, ci şi practicarea unor exerciţii fizice cu rol în menţinerea mobilităţii articulare şi a forţei musculare. în acest scop se utilizează tehnici de modificare a cogniţiilor dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc.

(2) în cazul acestei boli sunt importante tehnicile suportive, şi implicarea familiei astfel încât să se asigure bolnavului un mediu adecvat.

(3) în cazul în care este necesară intervenţia chirurgicală, se va efectua pregătirea psihologică preoperatorie. Aceasta are ca obiective atât acceptarea operaţiei de către pacient cât şi reducerea anxietăţii legate de

manopera chirurgicală, aceasta repercutându-se asupra evoluţiei şi recuperării postoperatorii.

V. MIGRENA

Definiţie. Migrena este o cefalee hemicraniană, pulsatilă, frecvent însoţită de greaţă şi vomă; apare de obicei la copii şi adulţi tineri, dispărând la vârste înaintate.

La femei este de trei ori mai frecventă decât la bărbaţi. Are tendinţa să apară în cadrul sindromului premenstrual şi în cazul retenţiei hidrosaline şi să dispară în graviditate. Antecedentele heredocolaterale sunt prezente la 60% din cazuri.

Etiopagenia. Mecanismul de producere nu este încă descifrat pe deplin.

Faza prodromală reprezentată de semnele neurologice este rezultatul scăderii fluxului sangvin cerebral datorate vasoconstricţiei arteriale. Se consideră că în această fază un rol important revine eliberării de noradrenalină şi serotonină. Ulterior se presupune că arteriolele se dilată excesiv, acest lucru conducând la apariţia durerii pulsatile. Acest mecanism îi conferă denumirea de cefalee vasculară.

Factorii declanşatori ai crizei migrenoase sunt: stresul psihic, anxietatea, menstruaţia, contraceptivele orale, oboseala, privarea de somn, foamea, traumatismele cranio-cerebrale, alimentele ce conţin nitriţi, glutamat, sare, tiramină (ciocolată, vin roşu, brânzeturi fermentate), modificări de temperatură şi de vreme.

După majoritatea autorilor, există patru tipuri de migrenă (Wilson şi Braunwald, 1991).

• *migrena clasică:* începe cu un prodrom în care predomină semnele neurologice: fotofobie, tinitus, scintilaţii vizuale, scotoame, hemianopsie.

• *migrena comună:* nu este precedată de prodrom; apare numai durerea însoţită sau nu de greaţă şi vomă.

Ambele tipuri răspund la tratamentul cu preparate de ergotamină dacă acestea sunt administrate în fazele iniţiale ale crizei migrenoase.

• *migrena complicată:* este o cefalee însoţită de semne neurologice care pot să preceadă sau să însoţească cefaleea: parestezii, pareze, paralizii, tulburări afazice. Pareza poate să se extindă dintr-o regiune a corpului în alta încet în câteva minute. De obicei se realizează o recuperare totală în câteva minute sau ore. Totuşi, uneori este urmată de deficite permanente: hemianopsie (leziuni în teritoriul arterei cerebrale posterioare), hemiplegie, hemianestezie (leziuni în teritoriul arterei cerebrale medii), oftalmoplegie (lezarea nervului oculomotor comun).

• *cefalalgia paroxistică nocturnă* (migrena în "ciorchine" sau sindromul Horton): durere constantă unilaterală retroorbitară ce apare de obicei după 2-3 ore de la adormire (de obicei în faza de REM). Este mai frecventă la bărbaţi. Durerea este constantă (nepulsatilă) şi intensă, însoţită de lăcrimare, rinoree şi uneori de mioză, ptoză palpebrală şi edem al feţei. Are o durată de 1-2 ore. Apare de obicei în perioadele de stres prelungit, muncă extenuantă, emoţii intense. Are tendinţa să apară mai mulţi nopţi succesive timp de câteva săptămâni sau luni, ceea ce i-a şi conferit denumirea de migrenă în "ciorchine". Asemenea episoade durează 2-3 săptămâni şi de obicei apare de mai multe ori în decursul vieţii. în majoritatea cazurilor este afectat acelaşi hemicraniu. Unii dintre pacienţi au istoric de migrenă, în timp ce alţii nu.

Tratament.

Tratament medicamentos. Medicamentele utilizate în criză sunt reprezentaţi de derivaţii de Ergotamină, Cafergot (combinaţie de Ergotamină şi Cafeina), care produc vasoconstricţie. Pentru prevenirea crizelor se utilizează Methylsergide şi Propranolol.

Tratamentul psihologic cuprinde *tratamentul de fond al anxietăţii* (vezi capitolul "Astmul bronşic") precum şi intervenţii care se adresează crizei.

Intervenţiipsihoterapeutice ce vizează criza migrenoasă.

(1) Metode de relaxare (training autogen, relaxarea progresivă Jacobson, hetero/autohipnoza, biofeedback). Tehnicile de imagerie şi biofeedback-ul termic sunt deosebit de eficiente pentru înlăturarea durerii (Sheridan şi Radmacher, 1992).

(2) Intervenţii cognitiv-comportamentale pentru modificarea stilului de viaţă nesănătos şi achiziţionarea unor deprinderi sănătoase. în alimentaţie trebuie evitat consumul alimentelor menţionate mai sus.

în acest scop se utilizează tehnici de modificări ale cogniţiilor dezadaptative, tehnici de accelerare a comportamentelor sănătoase şi de decelerare a comportamentelor nocive etc.

(3) Tehnici de decelerare comportamentală. Criza migrenoasă poate fi un comportament învăţat în vederea obţinerii atenţiei din partea familiei. Este important ca întreaga familie să fie implicată în acest demers terapeutic: părinţii / soţul sau soţia trebuie să aibă o atitudine gratificantă pentru comportamentul nemigrenos şi una de abţinere în cazul crizei.

DISCUŢII

Abordarea din perspectivă psihosomatică a diverselor tipuri de afecţiuni permite decelarea unor simptome psihosomatice, altfel greu interpretabile în afara considerării substratului psihologic şi dificil de tratat în cazul considerării lor ca simptome pur somatice, expresie a modelului biomedical.

De aceea este necesar să se ţină cont în orice afecţiune de rolul mai important sau mai redus dar favorizam al factorilor psihologici în geneza oricărei boli, având în vedere că determinanţii psihologici sunt cofactori, împreună cu factorii genetici, constituţionali, nutriţionali etc. acţionând convergent asupra organismului uman, rol exprimat în tratamentul aplicat în cadrul bolii de către echipa terapeutică interdisciplinară.

Cât priveşte acest aspect în abordarea problematicii patologiei există două modele fundamentale: modelul biomedical şi modelul biopsihosocial.

(/) *Modelul biomedical.* Are tradiţia cea mai mare în cultura europeană. Este un model "infecţios", impunându-se odată cu descoperirile lui Pasteur şi Koch din domeniul microbiologici. Aceştia au demonstrat că în producerea bolilor infecţioase sunt implicate microorganismele. Pornind de la aceste descoperiri, s-a considerat că toate bolile au o cauză unică. Deci în explicarea lor este suficient un singur mecanism cauzal, fără a se lua în considerare mecanisme de altă natură.

David McClelland (1985) afirma despre modelul biomedical: "Organismul este tratat ca o maşină care este reparată prin îndepărtarea sau înlocuirea componentelor defecte sau prin distrugerea organismului străin ce a produs boala".

Dezavantajele acestui model sunt prezentate în continuare.

1. Nu promovează menţinerea stării de sănătate şi prevenţia îmbolnăvirilor.

2. Nu implică responsabilitatea individuală pentru propria sănătate.

3. Implică costuri ridicate deoarece se preocupă numai de tratarea bolilor, nu şi de profilaxia lor; de asemenea exagerează rolul tehnologiilor costisitoare în diagnosticul şi tratamentul bolilor.

4. Multe dintre tehnicile de investigaţie utilizate sunt invazive, presupunând riscuri pentru pacient.

5. Nu ia în considerare impactul psihologic al bolii şi al tratamentului asupra pacientului şi asupra familiei sale.

Este evident că factorii biologici ce influenţează riscul apariţiei unei boli intervin doar într-un număr scăzut de cazuri de boală. S-a constatat că expunerea la un agent patogen la unele persoane determină boala, în timp ce la altele nu. De asemenea este dovedit că factorii psihologici influenţează

evoluția și prognosticul unei boli. în literatură se citează un studiu efectuat 2000 de muncitori urmăriți pe o perioadă de 10 ani cărora li s-a aplicat te t MMPI. S-a avut în vedere rata mortalității prin cancer la această populat'[1] Rezultatele au arătat că cei la care MMPI evidenția un grad înalt de depre's' au avut o rată a mortalității de 2 ori mai mare decât cei care înregistrau arad medii sau reduse de depresie.

Din aceste motive s-a conturat necesitatea unei schimbări de paradigmă în domeniul patologiei. Inițierea acesteia a pornit de la medicina psihosomatică, care studiază interacțiunea factorilor psiho-sociali și biologici în sănătate și boală.

(2) Modelul bio-psiho-social

Ader (1980) afirma că toate bolile pot fi numite psihosomatice deoarece creierul recepționează și interpretează toate inputurile senzoriale.

Deja s-a demonstrat că factorii biologici, psihologici și sociali interacționează în influențarea stării de sănătate și a bolii. Altfel spus, factorii psihologici și sociali influențează funcțiile biologice și joacă un rol important în menținerea sănătății și apariția bolii.

Definiția sănătății conform Organizației Mondiale a Sănătății (1946) este: "Sănătatea reprezintă starea de bine fizic, mental și social, și nu numai lipsa bolii sau a infirmității".

Ideea noii paradigme nu este de a neglija aspectul biomedical, ci de a lărgi acest model astfel încât să fie incluși și acești factori importanți care nu au fost luați în considerare până acum: după cum afirma Engel (1977) "suntem confruntați cu necesitatea de a extinde abordarea patologiei astfel încât să includem aspectele psiho-sociale fără a sacrifica avantajele enorme ale abordării biomedicale".

Modelul bio-psiho-social este mai realist decât cel biomedical, având în vedere rolul important pe care îl deține stilul de viață în patologia secolului XX (în 7 din primele 10 cauze majore de deces în S.U.A. un rol important îl are stilul de viață).

Modelul bio-psiho-social se bazează pe teoria generală a sistemelor. Una din asumpțiile de bază ale acestei teorii este că un sistem există în cadrul altor sisteme. Cu alte cuvinte, nimic nu există izolat.

Avantajele acestui model sunt prezentate în continuare.

1. Această abordare îl determină pe terapeut să ia în considerare efectul tratamentului asupra tuturor aspectelor vieții pacientului.

2. Scăderea costurilor legate de menținerea stării de sănătate. Aceasta deoarece prevenirea îmbolnăvirilor este mult mai puțin costisitoare decât tolerarea apariției și tratamentul lor. Prevenirea conservă și promovează activitatea socială și economică, evită suferințele și consolidează calitatea vieții, deci se adresează înlăturării cauzelor reale ale constituirii proceselor morbide.

ns^biliWitatea individuală pentru propria stare de 3
implicf r"".ttitpil sfchimbării stilului de viață nesănătos.
subliniind necesitate'
sănătate

ol Tn**rRAF*ES SELECTIVĂ/SELECTIVE**
BIBL1 ***fa* CFERENCES**

<\QQG\ *Sin^rmx,nul intestinului iritabil,* în Grigorescu, M., Acalovschi, M. ^>. *de gastroenterologie clinică,* voi. I, Editura Pascu, O., *iraiui Teh f^T^Ur pTch^mma^ and psychoimmunologic research,* Ader, R- (J9 „l.,:-Me<*iciinttle. 42> 307-321.

Psychosomauc Medj ^^ ^^ ^ *HeUcobacter pylori f» holde*

Andreica, V., & A ' naUJui, Editura Hippocrate, Sibiu.

f rton A T *■-> & Klayden S. A. (1990). *The efficacy of* BUrte, *TotamycZ'inthe ^atment of ulcerata colitis,* Aliment. Pharm.

, *t^TivriS) Psvclu?loi.*>ical Aspects of Gastro-Intestinal Disorders* în En§

Arii! S "Ame^nKHandbook of Psychiatry", Basic Books, New

Engel G^YL^ka977)^3Ă^9 2^^/- - -* *medical model: A challenge for*

CH *nZlmS* **îS5** *^eTnă^olile aparatului respirator. Bolile*

Gherasim, L. (1995 . *Med* Medicală, Bucureşti.

V^TTtX^^ ** cardiovasculare. Bolile metabolice..* Voi. I* Editura Medicală, Bucureşti Glaser R., & Kiecolt-Gla,« J.K. (1994). *Handbook of Human Stress and* /m«mfy,AcademicPn-ressInc.,SanDiego. Goldstein, B. (1981). A.s«sssment of Hipertension. In Prokop UK., Bradley, L.A., *^eiiMcal Psychology,* Academic Press, New-York,

Groen, U(1W6). Prese** **ate of the psychosomatic approach to bronchial asthma. în Hill, *O Modern Trends in Psychosomatic Medwine,* voi. 3, London: Butte^w0,:rth. ««-*-«

Iamandescu, I. B. (19*97) -. *Psihologie medicală,* Editura Infomedica, Bucureşti. Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie,* Editura Ştiinţifică, Bucureşti McClelland, D. C. (19*85)-- The social mandate of health psycnoiogy,

American BehaV^0^1 Science, 28, 451-467. ..... ,,,tprnă

Grigorescu, M & P^scoa, O. (1996). *Tratat de Medicina Interna. Gastroenterologb'OClinică* Voi. I, Editura Tehnică, Bucureşti.

evoluția și prognosticul unei boli. în literatură se citeai -se atează un studiu efr Pe
2000 de muncitori urmăriți pe o perioadă de 10 ani că JJ ăroralis-a an!
MMPI. S-a avut în vedere rata mortalității prin canc&V>j ncerlaacea tesS
Rezultatele au arătat că cei la care MMPI evidența ur^
au avut o rată a mortalității de 2 ori mai mare decât cej
medii sau reduse de depresie.

Din aceste motive s-a conturat necesitatea unei mibâri
esteia a pornit de de
necesitat osociali a
paradigmă în domeniul patologiei. Inițierea acesteia JH
psihosomatică, care studiază interacțiunea factorilor p&
în sănătate și boală. oat- P osomati ce.

(2) Modelul bio-psiho-social

Ader (1980) afirma că toate bolile pot fi twrjfgj^b *gici* și deoarece
creierul recepționează și interpretează toate inp ț Altfel spus, f •
Deja s-a demonstrat că factorii biologici, J» 0 rol important
interacționează în influențarea stării de sănătate și a bolii, jlf
psihologici și sociali influențează funcțiile biologice Șijo^j// Sănătății (1946)
în menținerea sănătății și apariția bolii. H ^ iaI, și nu numai
Definiția sănătății conform Organizației Mondial *y/l* este: "Sănătatea reprezintă
starea de bine fizic, mental și *Ji'*. P biomedical, ci dea
Portanțicarenu

lipsa bolii sau a infirmității". *^MT*

Ideea noii paradigme nu este de a neglija aspectul* a Engel (1977)
lărgi acest model astfel încât să fie incluși și acești faeton» Patologiei astfel
au fost luați în considerare până acum: după cum a*8}. avantajele enorme
"suntem confruntați cu necesitatea de a extinde aborda*'»'! ^ ,,
încât să includem aspectele psiho-sociale fără a sacrifica*/'" biomedical, având
ale abordării biomedicale". Patologia secolului
Modelul bio-psiho-social este mai realist decâtc^l rol important îl în
vedere rolul important pe care îl deține stilul de viață* îr~""|
XX (în 7 din primele 10 cauze majore de deces în S.U-
e^ueraia a sistemelor.
are stilul de viață). există în cadrul
Modelul bio-psiho-social se bazează pe teoria g^ff
Una din asumptiile de bază ale acestei teorii este căunsi^ uare.
ut să
altor sisteme. Cu alte cuvinte, nimic nu există izolat. ia in considerare
-iVfCientului.
Avantajele acestui model sunt prezentate în conți
- *K*

1. Această abordare îl determină pe terapeut ^l('_ sănătate.
efectul tratamentului asupra tuturor aspectelor vieții pacie^ji P?in costisitoare
2. Scăderea costurilor legate de menținerea
Aceasta deoarece prevenirea îmbolnăvirilor este multm^, consolidează calitatea
decât tolerarea apariției și tratamentul lor. Prevenirea con^i constituirii proceselor
activitatea socială și economică, evită suferințele și coW Și promovează
vieții, deci se adresează înlăturării cauzelor reale ale *cO** //
morbide.

3 Implică responsabilitatea individuală pentru propria stare de
«nbliniind necesitatea schimbării stilului de viață nesănătos.
ănătat

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

lovschi, M. (1996). *Sindromul intestinului iritabil,* In Grigorescu, M., Pascu, O., *Tratat de gastroenterologie clinică,* voi. I, Editura Tehnică, București.

Ader R- (1980/ *Psychosomatic and psychoimmunologic research,* Psychosomatic Medicine, 42, 307-321. Andreica, V., & Andreica, M. (1995). *Infecția cu Helicobacter pylori în bolile stomacului și duodenului,* Editura Hippocrate, Sibiu. Burke, D. A., Axon, A. T. R., & Klayden, S. A. (1990). *The efficacy of Tobramycin in the treatment of ulcerative colitis,* Aliment. Pharm. Ther, 4:123.

Engel, G. L. (1975). *Psychological Aspects of Gastro-lntestinal Disorders,* In Arieti, S. "American Handbook of Psychiatry", Basic Books, New York, pg. 653-692.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine,* Science, 196, 129-135. Gherasim, L. (1995). *Medicină internă, Bolile aparatului respirator. Bolile aparatului locomotor.* Voi. I. Editura Medicală, București. Gherasim, L. (1996). *Medicină internă. Bolile cardiovasculare. Bolile metabolice.*. Voi. II. Editura Medicală, București. Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1994). *Handbook of Hutnan Stress and Imunity,* Academic Press Inc., San Diego. Goldstein, B. (1981). Assessment of Hipertension. în Prokop, Ch. K., Bradley, L.A., *Medical Psychology,* Academic Press, New-York, Pg-37-54.

roen, J. J. (1976). Present state of the psychosomatic approach to bronchial asthma. In Hill, O. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine,* voi. 3, London: Butterworth.

amandescu, I. B. (1997). *Psihologie medicală,* Editura Infomedica, București.

onescii, G. (1990). *Psihoterapie,* Editura Științifică, București, «-lelland, D. C. (1985). The social mandate of health psychology, *American Behavioral Science,* 28, 451-467.

'gorescu, M., & pascu, O. (1996). *Tratat de Medicină Internă. Gastroenterologie, Clinică* Voi. I, Editura Tehnică, București.

evoluția și prognosticul unei boli. în literatură se citează un studiu efectuat pe 2000 de muncitori urmăriți pe o perioadă de 10 ani cărora li s-a aplicat testul MMPI. S-a avut în vedere rata mortalității prin cancer la această populație. Rezultatele au arătat că cei la care MMPI evidenția un grad înalt de depresie au avut o rată a mortalității de 2 ori mai mare decât cei care înregistrau grade medii sau reduse de depresie.

Din aceste motive s-a conturat necesitatea unei schimbări de paradigmă în domeniul patologiei. Inițierea acesteia a pornit de la medicina psihosomatică, care studiază interacțiunea factorilor psiho-sociali și biologici în sănătate și boală.

(2) Modelul bio-psiho-social

Ader (1980) afirma că toate bolile pot fi numite psihosomatice, deoarece creierul recepționează și interpretează toate inputurile senzoriale.

Deja s-a demonstrat că factorii biologici, psihologici și sociali interacționează în influențarea stării de sănătate și a bolii. Altfel spus, factorii psihologici și sociali influențează funcțiile biologice și joacă un rol important în menținerea sănătății și apariția bolii.

Definiția sănătății conform Organizației Mondiale a Sănătății (1946) este: "Sănătatea reprezintă starea de bine fizic, mental și social, și nu numai lipsa bolii sau a infirmității".

Ideea noii paradigme nu este de a neglija aspectul biomedical, ci de a lărgi acest model astfel încât să fie incluși și acești factori importanți care nu au fost luați în considerare până acum: după cum afirma Engel (1977) "suntem confruntați cu necesitatea de a extinde abordarea patologiei astfel încât să includem aspectele psiho-sociale fără a sacrifica avantajele enorme ale abordării biomedicale".

Modelul bio-psiho-social este mai realist decât cel biomedical, având în vedere rolul important pe care îl deține stilul de viață în patologia secolului XX (în 7 din primele 10 cauze majore de deces în S.U.A. un rol important îl are stilul de viață).

Modelul bio-psiho-social se bazează pe teoria generală a sistemelor. Una din asumpțiile de bază ale acestei teorii este că un sistem există în cadrul altor sisteme. Cu alte cuvinte, nimic nu există izolat.

Avantajele acestui model sunt prezentate în continuare.

1. Această abordare îl determină pe terapeut să ia în considerare efectul tratamentului asupra tuturor aspectelor vieții pacientului.

2. Scăderea costurilor legate de menținerea stării de sănătate. Aceasta deoarece prevenirea îmbolnăvirilor este mult mai puțin costisitoare decât tolerarea apariției și tratamentul lor. Prevenirea conservă și promovează activitatea socială și economică, evită suferințele și consolidează calitatea vieții, deci se adresează înlăturării cauzelor reale ale constituirii proceselor morbide.

3. Implică responsabilitatea individuală pentru propria stare de sănătate, subliniind necesitatea schimbării stilului de viață nesănătos.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Acalovschi, M. (1996). *Sindromul intestinului iritabil,* în Grigorescu, M., Pascu, O., *Tratat de gastroenterologie clinică,* voi. I, Editura Tehnică, București. Ader, R. (1980). *Psychosomatic and psychoimmunologic research,* Psychosomatic Medicine, 42, 307-321. Andreica, V., & Andreica, M. (1995). *Infecția cu Helicobacter pylori în bolile stomacului și duodenului,* Editura Hippocrate, Sibiu. Burke, D. A., Axon, A. T. R., & Klayden, S. A. (1990). *The efficacy of Tobramycin in the treatment of ulcerative colitis,* Aliment. Pharm. Ther, 4:123.

Engel, G. L. (1975). *Psychological Aspects of Gastro-Intestinal Disorders,* în Arieti, S. "American Handbook of Psychiatry", Basic Books, New York, pg. 653-692. Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine,* Science, 196,129-135. Gherasim, L. (1995). *Medicină internă, Bolile aparatului respirator. Bolile aparatului locomotor.* Voi. I. Editura Medicală, București. Gherasim, L. (1996). *Medicină internă. Bolile cardiovasculare. Bolile metabolice,* Voi. II. Editura Medicală, București. Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1994). *Handbook of Human Stress and Imunity,* Academic Press Inc., San Diego. Goldstein, B. (1981). Assessment of Hipertension. în Prokop, Ch. K., Bradley, L.A., *Medical Psychology,* Academic Press, New-York, pg.37-54. Groen, J. J. (1976). Present state of the psychosomatic approach to bronchial asthma. în Hill, O. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine,* voi. 3, London: Butterworth. Iamandescu, I. B. (1997). *Psihologie medicală,* Editura Infomedica, București. Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie,* Editura Științifică, București. McClelland, D. C. (1985). The social mandate of health psychology, *American Behavioral Science,* 28, 451-467. Grigorescu, M., & Pascu, O. (1996). *Tratat de Medicină Internă. Gastroenterologie, Clinică* Voi. I, Editura Tehnică, București.

Porth, C. M. (1990). *Pathophysiology. Concepts of Altered Health States,* J.B. Lippincott Company, Philadelphia. Sheridan, C. L., & Radmacher S. A. (1992). *Health Psychology: Challenging the Biomedical Model,* John Wiley and Sons, Inc., New-York. Stroescu, V. (1995). *Bazele farmacologice ale practicii medicale,* Editura Medicală, Bucureşti. Thompson, M., & Bywaters, E. G. L. (1962). Unilateral reumatoid arthritis following haemiplegia. *Annals of Rheumatic Diseases,* 21, 370-377. Wilson, J. D., Braunwald E., Isselbacher, K. J., Petersdorf, R. G., Martin, J.B., Fauci, A. S., & Root, R. K. (1991). *Harrison's Principles of Internai Medicine,* voi. I, McGraw-Hill, Inc., New-York.

Capitolul 7

NOI PERSPECTIVE ÎN TRATAMENTUL ANXIETĂȚII; BOMBARDAMENTUL SUBLIMINAL

- Dan DAVID, Adrian OPRE -

In this chapter entitled "Subliminal stimulation and the treatment of anxiety" we present in a synthetic nianner the fundamental assumptions and the results of implicit (subliminal) perception studies and the way these can be used as a clinical tool in the treatment of anxiety (e.g. subliminal systematic desensitization; Silverman's procedures etc). We argue that more must be done for obtaining ecological subliminal exposure techniques useful in clinical practice.
Key words: subliminal perception, anxiety, clinical intervention.
Cuvinte cheie: percepție subliminală, anxietate, intervenție clinică.

Percepția este adesea un act conştient. Suntem conştienți de ceea ce vedem, auzim, gustăm, mirosim şi simțim. Această conştientizare permite să ne descriem experiența altor persoane şi să elaborăm acțiuni adecvate la stimulările din mediu. încă din secolul trecut psihologii au fost interesați de posibilitatea existenței unei percepții nonconştiente, de posibilitatea ca stimulii din mediu să poată influența gândirea, emoțiile şi comportamentul nostru chiar dacă nu sunt percepuți conştient. Prima dovadă experimentală a existenței percepției nonconştiente a fost oferită de C. S. Pierce şi Joseph Jastrow în 1884. Ei au fost interesați în a ataca binecunoscutul concept de prag fiziologic minimal absolut al lui Weber şi Fechner, definit ca limita fiziologică sub care nici un stimul nu mai este reprezentat în sistemul cognitiv. Ei au demonstrat posibilitatea detectării diferenței între doi stimuli, diferență prezentată sub valoarea prag fiziologică. Dar ceea ce a trezit interesul oamenilor de ştiință a fost publicarea în 1958 în revista "Life" a unui articol ce relata faptul că peste 4500 de subiecți ce vizionau diverse filme au fost expuşi unor bombardamente subliminale de genul: "Drink Coke" şi "Eat popcorn". Se relata că în urma acestor mesaje subliminale vânzarea de Coca-Cola a crescut cu 18%, iar cea de popcorn cu 50%. S-a acreditat ideea că am putea fi manipulați prim mesaje subliminale. Articolul a declanşat o emulație

deosebită în cele mai diverse categorii de oameni. Biserica se temea de posibilitatea manipulării prin mesaje satanice prezentate subliminal. Comercianţii sperau în posibilitatea unor câştiguri fabuloase realizate prin mesaje publicitare subliminale. Chiar publicul larg a început să privească cu suspiciune bombardamentul subliminal în ideea că acesta ar putea să le influenţeze comportamentul în bine sau în rău (Miclea, 1994). Bineînţeles că un fenomen cu un asemenea impact social nu putea fi neglijat de oamenii de ştiinţă. Fără să se lase angrenaţi în isteria colectivă a anilor '60 declanşată de iminenta manipulare prin bombardament subliminal a comportamentului uman, aceştia au abordat într-o manieră sistematică şi riguroasă fenomenul, încercând să-i clarifice mecanismele, perspectivele şi limitele. Abordarea teoretico-experimentală a fenomenului bombardamen-tului subliminal s-a realizat pe următoarele direcţii: (1) verificarea existenţei percepţiei subliminale, (2) elaborarea unei metodologii ştiinţifice în studiul percepţiei subliminale, (3) studierea gradului de prelucrare a stimulilor în percepţia subliminală, (4) studiul mecanismelor implicate în percepţia subliminală, (5) studiul impactului comportamental al bombardamentului subliminal, altfel spus, dacă putem fi manipulaţi prin stimulare subliminală.

Rezultatele obţinute în aceste direcţii de cercetare au fost sintetizate la anumite intervale de timp, concluziile ghidând cercetarea şi dezvoltarea ulterioară în domeniu.

Astfel, Bruner în anii '50 scoate în evidenţă impactul de cele mai multe ori inconştient al factorilor cognitivi (ex. expectanţe, etichetare lingvistică, analiză descendentă etc.) asupra proceselor perceptive, iniţiind o nouă orientare în psihologia percepţiei intitulată "New Look". In acest context ştiinţific demarează cercetările asupra percepţiei subliminale.

în anii '70 Erdelyi, într-un studiu de referinţă intitulat "Another look to the New Look", bazându-se pe rezultatele teoretico-experimentale obţinute până atunci asupra percepţiei subliminale, propune o nouă perspectivă asupra inconştientului, depăşind abordarea clasică freudiană. El argumenta necesitatea unei abordări a inconştientului şi din perspectiva prelucrărilor informaţionale.

Anii '90 aduc o nouă sinteză asupra rezultatelor teoretico-experimentale despre percepţia subliminală, văzută deja într-un cadru mai larg, al inconştientului cognitiv. Astfel, Greenwald, într-un studiu de sinteză "New Look Three" argumentează că cercetările în domeniul percepţiei subliminale şi al inconştientului cognitiv au atins deja un asemenea grad de maturitate care le permite susţinerea unor aplicaţii de anvergură în domenii dintre cele mai diverse: psihologie clinică, psihoterapie, reclamă, marketing etc.

Coroborând rezultatele studiilor de sinteză amintite mai sus, se poate răspunde la întrebările care au iniţiat şi susţinut cercetările în domeniu percepţiei subliminale, întrebări enunţate anterior. ***(1). Există percepţie subliminală?***

Răspunsul la această întrebare este ferm "Da". Cercetările de specialitate fac distincţie între percepţia explicită şi percepţia implicită. Percepţia explicită se referă la perceperea conştientă a unor stimuli în condiţiile acţiunii directe a acestora asupra analizatorilor. Probele de percepţie explicită presupun descrierea formei, culorii, distanţei, intensităţii stimulului etc. Percepţia implicită se referă la orice schimbare în gândire, emoţie şi comportament care este atribuită unui stimul din mediu care nu este conştient perceput, în condiţiile acţiunii directe a acestuia asupra analizatorilor sau după un interval de timp foarte scurt de la acţiunea stimulului. Probele de percepţie implicită nu presupun descrierea stimulului, ci vizează efectul pe care acesta îl produce. în baza acestei distincţii, percepţia subliminală este o subcategorie a percepţiei implicite. Percepţia subliminală se referă la reprezentarea în sistemul cognitiv a unor stimuli care nu depăşesc pragul senzorial minimal absolut; faptul că stimulul a fost reprezentat în sistemul cognitiv este demonstrat nu prin descrierea reprezentării (vezi percepţia explicită) ci indirect, prin efectul pe care reprezentarea acestuia o are asupra comportamentului. Percepţia implicită cuprinde şi alte subcategorii dintre care cele mai importante sunt: *(a) percepţie subconştientă-nonatenţională* (stimulul depăşeşte pragul senzorial minimal absolut, dar reprezentarea sa nu intră în câmpul conştiinţei deoarece nu i se alocă sau nu i se pot aloca - în cazul unor leziuni cerebrale sau sindroame funcţionale - suficiente resurse cognitive; de exemplu fiind prinşi într-o discuţie, nu conştientizăm mesajul transmis în acelaşi timp la radio); *(b) apărarea perceptivă* (subiecţii normali au un prag senzorial minimal absolut mai ridicat pentru stimulii cu conţinut anxiogen decât pentru stimulii neutri sau emoţional pozitivi; prezentarea unui stimul anxiogen la un prag senzorial minimal absolut determinat pentru stimulii neutri face ca acesta să nu fie perceput conştient); *(c) halucinaţii hipnotice negative* (ca urmare a sugestiilor hipnotice, subiecţii declară că nu percep anumite obiecte aflate în faţa lor deşi acestea le influenţează indirect comportamentul şi deciziile).

(2). Elaborarea unei metodologii ştiinţifice în studiul percepţiei subliminale

Prezentarea subliminală a unui stimul poate lua forme diverse: (a) intensitate scăzută a stimulului sub pragul senzorial minimal absolut; (b) durată mică de prezentare (de ordinul milisecundelor); (c) mascarea stimulului-ţintă; mascarea se poate realiza printr-un câmp de energie care acţionează simultan cu stimulul-ţintă sau printr-un alt stimul-mască prezentat

simultan sau la intervale de timp mici față de stimulii-țintă. Cercetările arată că efectul stimulului subliminal este mediat de metodologia folosită pentru reprezentarea sa subliminală. Recent, Merikle (1992) propune o metodologie îmbunătățită asupra studiului percepției subliminale. El face distincție între *(a) prag senzorial minimal absolut* sau pragul conștiinței (nivelul de la care subiectul conștientizează prezența stimulului și/sau îi poate descrie caracteristicile); *(b) prag subiectiv* (subiectul declară că nu percepe nici un stimul, dar dacă i se cere indirect, adică să spună dacă crede că stimulul există sau nu pe ecran bazându-se pe simpla intuiție, atunci procentul de identificare a prezenței stimulului este de 60-70%, mult mai mare decât nivelul șansă; aceasta demonstrează faptul că deși subiectiv subiectul neagă existența unui stimul în câmpul perceptiv, acesta este totuși reprezentat în sistemul cognitiv); *(c) prag obiectiv* (subiectul, bazându-se pe intuiție, are un procent de identificare a simulului egal cu nivelul șansă, dar prin mijloace electrofiziologice se poate demonstra că stimulul este înregistrat de către sistemul cognitiv). Pornind de la această distincție metodologică, cercetările sugerează faptul că percepția subliminală are loc doar dacă stimulul depășește pragul obiectiv, situându-se într-o zonă cuprinsă între acesta și pragul subiectiv.

(3). ***Care*** *este gradul de prelucrare* ***a*** *stlmulilor în percepția* ***subliminală*** *?*

Stimulii prezentați subliminal sunt prelucrați (a) la nivel fizic, (b) lingvistic, (c) al conotației afective și (d) semantic. Se argumentează că prelucrarea semantică este însă una generală și nu specifică, vizând mai ales categoria din care face parte stimulul respectiv, și nu semnificația propriu-zisă a stimulului. De asemenea, percepția subliminală are loc în special asupra stimulilor simpli (ex. cuvinte, obiecte, imagini care pot fi cuprinse ușor în câmpul perceptiv), realizându-se mai greu asupra stimulilor complecși (ex. propoziții ce presupun reguli gramaticale și care presupun activități perceptive mai complexe: baleierea privirii asupra stimulului, baleiere ce este condiționată de posibilitatea localizării și conștientizării cel puțin a prezenței dacă nu a unor caracteristici ale stimulului etc).

(4). ***Care sunt*** *mecanismele implicate în percepția subliminală?*

Mecanismele implicate în percepția subliminală presupun două tipuri de prelucrări informaționale. Primul tip este reprezentat de procesările comune implicate și în percepția explicită (ex. prelucrările primare de informație). Al doilea tip vizează mecanismele specifice percepției subliminale. Acestea se referă în special la reprezentarea semantică a stimulului care este una nespecifică (generală) și difuză (se activează toate sensurile posibile ale stimulului respectiv, și nu doar sensul amorsat de contextul în care apare, ca în cazul percepției explicite).

(5). ***Care*** *este* ***impactul comportamental al bombardamentului subliminal; altfel spus: putem fi manipulați prin stimulare subliminală?***

Orice comportament este determinat de prelucrările informaționale amorsate de stimuli și context și este menținut datorită întăririlor din mediu. Pentru a ne influența comportamentul, stimulii prezentați subliminal trebuie să fie în măsură să activeze procesări informaționale care să susțină comportamentele vizate; această activare trebuie să aibă o valoare mai mare decât activarea unor procese informaționale competitive care susțin comportamente diferite și care sunt amorsate de alți stimuli subliminali sau de stimuli supraliminali. După publicarea articolului din revista "Life", o avalanșă de cercetări experimentale a fost declanșată (Miclea, 1994), unele din acestea (Wakins, 1973; Silverman, 1976; Merikle, 1992 etc.) arătând că stimulii subliminali influențează comportamentul, altele (Vokey, 1985) arătând că mesajele subliminale nu influențează comportamentul. Pentru a oferi un răspuns riguros la această întrebare, am efectuat următorul
experiment (Dan Da vid).

Ipoteze: impactul mesajului subliminal asupra comportamentului este mediat de valoarea de activare a cunoștințelor pe care acesta le amorsează (David, 1996). Dacă cunoștințele au o valoare mare de activare, stimularea subliminală nu mai modifică nivelul acestora și în consecință nu influențează comportamentul. Dacă cunoștințele au valoare mică de activare, stimularea subliminală nu mai modifică semnificativ nivelul acestora și în consecință nu influențează comportamentul. Dacă valoarea de activare a cunoștințelor este medie, atunci bombardamentul subliminal le poate modifica valoarea de activare, și în consecință ne influențează
comportamentul.

Procedură: am cerut unui lot de subiecți să genereze nume de băuturi răcoritoare: două care le plac extrem de mult (au valoarea cea mai mare de activare - sunt primele care le vin în minte), două care nu le plac absolut deloc (au valoarea cea mai mică de activare) și două care le sunt indiferente (au valoare medie de activare). Evaluarea s-a făcut pe o scală de la 1 (nu îmi place absolut deloc) la 10 (îmi place extrem de mult). în cadrul fiecărei perechi, gradul de preferință era același pentru fiecare băutură răcoritoare. Ulterior, din fiecare pereche numele uneia dintre cele două băuturi răcoritoare (alternativ: prima din prima pereche, a doua din a doua pereche etc.) a fost expus subliminal (25 stimulări la 5 ms). în faza de posttest (la 5 min după expunerea subliminală) fiecărui subiect i s-a cerut să evalueze în cadrul fiecărei perechi care băutură răcoritoare îi place mai mult.

Rezultate: rezultatele obținute prin raportare la un lot de control (nu a primit amorsaj subliminal) au arătat că în posttest pentru băuturile răcoritoare care plac extrem de mult preferința nu a fost în favoarea băutura

răcoritoare amorsate subliminal t(38) =1,32 p>0,10. Pentru băuturile răcoritoare care nu plac absolut deloc, preferința nu s-a modificat în favoarea sau în defavoarea băuturii răcoritoare amorsate subliminal t(38) =1,20 p>0,10. în cazul băuturilor răcoritoare indiferente, preferința a crescut în favoarea băuturii răcoritoare amorsate subliminal t(38) =5,25 p<0,01, fără însă ca preferința să depășească pe aceea pentru băuturile care au fost declarate că plac extrem de mult t(38) =1,17 p>0,10.

Concluzii: coroborând rezultatele obținute mai sus cu rezultatele din literatura de specialitate, se poate răspunde la întrebarea privind manipularea comportamentului prin stimulare subliminală.

(a) Prin bombardament subliminal nu putem achiziționa comportamente noi şi complexe, ci se pot amorsa prelucrări informaționale ce susțin comportamente învățate; aceasta deoarece achiziția unor comportamente noi presupune achiziția unor regularități. Or, s-a demonstrat că prin bombardament subliminal se achiziționează doar reguli parțiale şi covariații simple ce nu pot susține comportamente complexe.

(b) Amorsarea prelucrărilor informaționale se exprimă prin modificări ale preferințelor (asupra stimulilor prezentați subliminal şi/sau asupra stimulilor supraliminali ambigui prezentați concomitent cu aceştia), deciziilor şi comportamentelor învățate.

(c) Dacă avem o preferință sau un comportament bine determinate într-un anumit context, bombardamentul subliminal nu are nici un efect asupra acestora; el poate favoriza o altă preferință sau un alt comportament făcându-le mai probabile, fără însă ca ele să poată înlocui preferința sau comportamentul bine determinate în contextul respectiv. Dacă preferința sau comportamentul într-un anumit context există dar nu se impun cu necesitate, stimularea subliminală le poate favoriza manifestarea exterioară. Dacă într-un anumit context nu avem un comportament sau o preferință predeterminate, de asemenea stimularea subliminală poate favoriza un comportament sau o preferință dintr-o clasă generală amorsată de contextul respectiv.

Pe scurt spus, dacă prin manipulare înțelegem a determina pe cineva să facă un comportament opus convingerilor şi intențiilor sale, atunci nu putem fi manipulați prin bombardament subliminal. Dacă prin manipulare înțelegem a face mai probabil un comportament decât era înainte, atunci putem fi manipulați prin bombardament subliminal.

APLICAȚII ÎN PSIHOTERAPIE

Nucleul de rezultate teoretico-experimentale prezentat mai sus a avansat ideea unor aplicații în domeniul clinic. Aceasta deoarece multe cercetări de psihologie clinică au arătat că simptomatologia unor pacienți este expresia unor prelucrări inconştiente de informație. Spre exemplu, în anxietate apare tendința inconştientă de a prelucra preponderent din realitate stimulii anxiogeni; aceasta în consecință amplifică anxietatea, care apoi la rândul ei favorizează prelucrarea preponderentă din realitate a stimulilor anxiogeni. Intrăm astfel într-un cerc vicios care amplifică simptomatologia. Aceste prelucrări inconştiente ar putea fi modificate prin stimulare subliminală.

Primele aplicații în domeniu au demarat în paradigma psihanalitică. Se consideră că simptomatologia este expresia unui conflict actual inconştient, conflict ce se reduce de fapt la un conflict bazai din copilărie, vizând în special persoanele semnificative (ex. dorință incestuoasă în homosexualitate, agresivitate reprimată în depresie, agresivitate orală în schizofrenie etc). Stimularea subliminală ar putea influența dinamica acestor conflicte, reducând astfel simptomatologia. Mesajul subliminal cu cel mai mare impact în reducerea simptomatologiei s-a dovedit a fi "Mom and I are one-eu şi mama suntem una". Aceasta deoarece mesajul are un rol simbiotic, rezolvând presupusele conflicte ale individului cu persoane semnificative în copilărie, conflicte în care era implicată în special mama. Acest mesaj, expus subliminal (20 de stimulări de 4 ori pe săptămână) s-a dovedit util în reducerea simptomatologiei în anxietate, schizofrenie, stres, obezitate, în creşterea performanțe şcolare etc. Un alt mesaj subliminal: "Beating dad is O.K.-a-ți bate tata este un lucru bun" care se presupune că acționează şi rezolvă conflictul Oedip are un efect benefic asupra performanțelor în condiții de competiție (ex. tir cu arcul etc). Spre deosebire de mesajul "Beating dad is wrong-a-ți bate tata este un lucru rău" care, acutizând complexul Oedip, reduce performanțele în condiții de competiție. Aceste mesaje prezentate supraliminal nu au efectele prezentate mai sus deoarece, consideră autorii, prezentarea supraliminală declanşează mecanismele de apărare care împiedică reprezentarea lor adecvată în memorie şi în dinamica conflictului inconştient. Oricât ar părea de ciudate aceste rezultate obținute ca urmare a unui angajament psihanalitic, ele au fost confirmate de studiile moderne de metaanaliză. Recent s-a încercat reinterpretarea acestor rezultate într-un cadru teoretic ştiințific, dincolo de perspectiva psihanalitică cu tentă de mit. Aceasta poate duce la clarificarea mecanismelor implicate şi la potențarea efectului lor. Rezultatele acestor interpretări le prezentăm în continuare.

(a) S-a demonstrat că aproximativ aceleaşi efecte se obțin chiar dacă nu afişăm subliminal întregul conținut stabilit de psihanaliști, ci doar părți din

acesta, de exemplu: "mom", "O.K.", "one", "wrong". Aceasta înseamnă că efectele acestor stimulări subliminale se datorează faptului că ele conțin cuvinte cu anumită încărcătură afectivă pozitivă sau negativă, încărcătură care este procesată subliminal şi care ulterior poate contribui la exacerbarea sau diminuarea simptomatologiei.

(b) Este puțin probabil să prelucrăm subliminal semnificația unui mesaj atât de complex. Dacă totuşi este prelucrat, impactul său asupra comportamentului atunci când el este prezentat subliminal (spre deosebire de prezentarea supraliminală, caz în care efectul nu apare) poate fi justificat dintr-o perspectivă nonpsihanalitică verificabilă experimental. Astfel, cercetările din psihologia cognitivă arată că orice mesaj este reprezentat inițial în sistemul cognitiv ca fiind adevărat. Abia în faza ulterioară urmează o elaborare secundară (situată la interfața prelucrărilor inconştiente şi conştiente, necesitând anumite resurse cognitive) care stabileşte cu certitudine dacă mesajul este adevărat sau fals. în cazul în care mesajul este subliminal, elaborarea secundară nu poate avea loc şi în consecință, orice mesaj subliminal este reprezentat în sistemul cognitiv ca un mesaj adevărat. Acest mesaj adevărat, emoțional pozitiv contribuie la remiterea simptomatologiei. Mecanismele detaliate prin care mesajul contribuie la remiterea simptomatologiei trebuie clarificate de cercetări ulterioare.

O altă linie de aplicare a bombardamentului subliminal în psihoterapie vizează țintit anxietatea şi reducerea acesteia prin desensibilizare progresivă sub stimulare subliminală. Astfel, prezentarea subliminală a stimulilor în cadrul desensibilizării progresive (ex. filme despre spații deschise prezentate cu o intensitate sub pragul senzorial minimal absolut în cazul agorafobiei) a dus la obținerea aceloraşi rezultate ca în cazul expunerilor supraliminale. în plus, expunerea subliminală a fost mai puțin stresantă şi solicitantă pentru subiect, reducând tensiunea musculară, dificultățile de respirație, transpirația etc. Pornind de la aceste rezultate, s-a elaborat o nouă variantă a tehnicii clasice de desensibilitate progresivă. în această procedură, înainte de intervențiile clasice (expunerea supraliminală) apare o expunere subliminală a stimulilor, iar apoi trecerea de la expunerea subliminală la cea supraliminală se realizează gradat.

Deşi promițătoare, tehnica bombardamentului subliminal în psihoterapie este mai mult expresia activității de cercetare decât a practicii efective. Studiile viitoare trebuie să pună la dispoziție un algoritm şi tehnici eficace şi ecologice de intervenție în practica clinică cu ajutorul tehnicilor de stimulare subliminală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

d D (1995) *O abordare conexionistă a percepției subliminale,Vriraa.* DaV1 ' Conferință Națională de Psihologie, Bucureşti. Merikle, Ph M-, (1992). *Perception without awareness - Criticai lssues,* ' American Psychologist, 6. *■ i iv/i nQO^ *Psihologie cognitivă,* Editura Gloria, Cluj-Napoca. Vc^i îk! (1985)252* *Lsa$_g$es: benveen the Devii and the Media,* American Psychologist, 11.

Chapter 8

ANXIETY PREVENTION A THEORETICAL FRAMEWORK FOR MENTAL HEALTH PROMOTION

- Adriana BABAN -

Capitolul 8 intitulat "Prevenţia în anxietate; un cadru teoretic pentru promovarea sănătăţii mentale" abordează acest fenomen la trei nivele: (1) prevenţia primară; (2) prevenţia secundară şi (3) prevenţia terţiară. In cadrul fiecărui nivel se prezintă succint modelele teoretice care fundamentează intervenţia la nivelul respectiv în scopul eficientizării practicii clinice şi prevenirii anxietăţii. *Cuvinte cheie:* prevenţie, anxietate. *Key words:* prevention, anxiety.

Achieving good health is one of the major concerns of contemporary societies. Everyone is now called upon to play his/her part in creating a healthier and more ecological environment by paying attention to the lifestyle and involvement in collective efforts to manage risk. These strategies are the mainstay of the so-called "new public health".

The concept of prevention as used in public health has been taken seriously in the mental health field only during the last few decades. During the last decade particularly, interest in general human development has converged increasingly with the examination of causes and remedies for psychological disorders. A new research discipline, *prevention science* was set-up at the interfaces of psychopathology, psychiatry, epidemiology, human development, health psychology, education, medical sociology and communication theories. The era of scientific psychiatry and clinical psychology challenges us to prevent mental illness instead of simply treating the already sick persons. Prevention is a cornerstone of the public health model.

The goal of prevention science is to prevent or moderate major human dysfunctions. An important corollary of this goal is to eliminate or mitigate the causes of disorder. Preventive efforts occur, by definition, before illness is

nifested- so prevention science is focused on the Identification of potenţial "Tu'Ss of dysfunctton, called *risk factors.* At the same Urne, preventton $_{pr}$ecursors ot aysi $_{pro}$*tective factors,* referring to conditions ^{S}*"TZvoT$_{P}$ZTs* eSunc/to risk factors and disorder (Cote Watt, Wes Tal 1993). Preventtve interventions aim to counteract nsk factors f'f *talth education* and reinforce protective factors through *health* ^{thr0a}*toniL* new pldtgm of prevention include» both health educatton *Z*tS Promoln. Dtagrammattcally the development of the "new science" can be represented as follows:

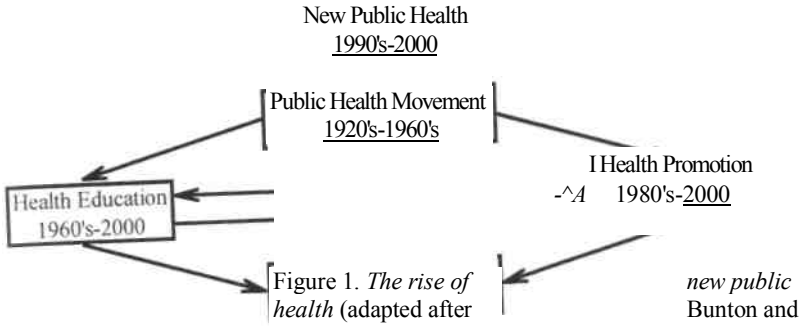


Figure 1. *The rise of new public health* (adapted after Bunton and Macdonald, 1993).

Health promotion, which emerged in the 1990s, has become an essential force of the new science of prevention and it is an important feature of the contemporary approaches to health and health care provision. Its development seems to have sprung from the increasing dissatisfaction with the biomedical model of aetiology, diagnosis, and treatment of disease. The biomedical model of mental illness ignores the far more complex social issues individuals face in the world, such as employment (or unemployment), housing (or homelessness), low income or cultures engendering behavior harmful to health; the biomedical model of mental health somehow separated the soma from the psyche, the disease from the patient, the patient from the society in which he/she lives.

The new paradigm of prevention introduces the idea that all diseases and causes of death could be attributed to four discrete elements:

(1) lifestyle (behavioral and psychological factors)
(2) bio-physical characteristics
(3) environmental characteristics
(4) inadequacies in health care services.

As a result of the new ftndings, many governments from different countries shifted away the emphasis from treatment to prevention of illness

and ultimately to promotion of health. In this context mental health is not merely the absence of dysfunction or impairment, it rather refers to *optimal functioning* in psychological and social domains, to the *well being* and to the presence of *personal and interpersonal strengths* (e.g. prosocial competence, positive interpersonal interactions, ability to cope with stress and adversity etc.) (Kazdin, 1993). The concept of mental health could be equal with the absence of the five-D: *dissatisfaction, distress, dysfunction, disease* and *death.*

To achieve the goals of health promotion and disease prevention, the new public health science must involve a partnership between various professionals, between bodies of knowledge and practices from different disciplines. An integral base for health promotion is presented in figure 2. The necessary coalition of disciplines must be firmly founded on the awareness of each other's perspectives and expertise, and cemented by mutual respect. Adoption of a multi-disciplinary approach to mental health promotion could be, in part, an answer to criticism of bio-medically-orientated approach of mental dysfunction.

Figure 2. *An integral base for mental health promotion* (adapted after Tannahill, 1993).

GENERAL OBSERVATIONS ABOUT RISK/PROTECTIVE FACTORS AND PRINCIPLES FOR PREVENTION SCIENCE

(1) *Clinical disorders (e.g. anxiety) have complex relations with risk factors.* Anxiety is typically associated with many different risk factors, rather then a single risk factor (Sims and Snaith, 1988). By the same token, a particular risk factor is rarely specific only to anxiety because the causes of mental illness tend to spread their effects over a number of adaptive functions. For example, risk factors for anxiety have been identified within individuals, in family environments and interactions, in school experiences, in peer or social relationships, in community. Often, a person's overall anxiety risk may result from the interaction of personal dispositions and environmental risk factors.

(2) *The salience of risk factors may fluctuate developmentally.* Some risk factors predict anxiety only at specific periods of development, whereas others are stable predictors of disorder across major periods of the life spân. For example, the separation of parents is consistently related to anxiety and depression through childhood and adolescence, but no for the adult age. This observation involves that anxiety preventive programs must take in consideration the developmental stage of the target group (Thyer, 1987).

(3) *Exposure to many risk factors has cumulative effects.* The probability of onset, greater severity and longer duration of anxiety may increase as a function of the number and the "toxicity" of the risk factors encountered; risk factors appear to have additive effects on vulnerability. Preventive programs should focus primarily on high-risk groups.

(4) *Diverse mental disorders share fundamental risk factors.* A number of anxiety predictors are common antecedents of several different types of mental disorders. For example, marital discord has been found to precede both anxiety in children and depression among women. That means that if a generic risk factor can be identified and altered, this could have a positive influence on a range of mental health problems. Table 1 presents some generic risk factors for anxiety disorders.

Table 1.

Some generic risk factors for mental disorders

Family Circumstances
Low social class
Family conflict
Family dissolution
Large family size
Mental illness in the family
Cornmunication deviance
Unsupportive family atmosphere
High criticism

Emotional Difficulties
Child abuse
Emoțional blunting
Stressful life events
Emoțional dyscontrol

Work Circumstances
Academic failure
Scholastic demoralization
Authoritarian relations
High competitivity
Role ambiguity
Role conflict
Role overload

School Circumstances
Uncontrollable environmental
Hazard conditions
Bureaucracy
The threat of unemployment

Jnterpersonal Problems
Peer rejection imbalance Low social support Isolation and alienation Cardiac disorders Withdrawal state

Constitutional/Biological Factors
Neurochemical
Hypoglycemia
Hyperthyroidism

Ecological context
Ethnic and racial injustice
Extreme poverty Unsafe neighborhood

(5) *Risk factors must be addressed before they stabilize as predictors of dysfunction.* Preventive intervention should occur before the first onset of mental dysfunction; with early intervention, there is a greater chance of preventing disorder. Age of onset is often correlated with the severity of anxiety.

(6)Promoting proiective factors against risk factors. The effects of exposure to risk can be mitigated by a variety of individual and social characteristics that serve protective functions. Protective factors interact with the risk factors to buffer their effects, disrupt the mediational chain through which the risk factors operate to cause anxiety. Prevention science should advance our knowledge about protective factors. Antonovsky (1987) used the term *salutogenesis* to refer to etiologic processes that enhance emoțional and

h sica, well being. Some psychological and behavioral protective factors are £wnintable2.

Table 2.

Protective factors

Psychological
Senseofcoherence
Hardiness
Self-esteem
Optimism
Health locus of control
Self-efficacy (e.g. safe sexual behavior)
Creativity
Extroversion

Behavioral
Dietary regimens
Exercise patterns
Sleep patterns
Smoking, alcohol consumption
Safety practices
Compliance with prescribed medical regimens
Interpersonal skills
Use of community health services and resources

(7) *Effective prevention requires coordinated action in each domain of functioning implicated in the risk model.* Risk factors in the individual, family, schools, community are interdependent. Comprehensive prevention programs require coordination across educațional, occupational, governmental, health and human service systems. A corollary to this principie is that prevention often requires collaborative efforts of interdisciplinary teams to achieve the diversity of expertise.

(8) *The prevention program should incorporate the new findings of research.* Ideally, in prevention science there is a complementary interplay of science and practice. Basic research on risk and protective factors should inform the design of preventive interventions. Field trials of these interventions, in turn, should yield insights about the causes of disorder and the developmental processes that contribute to risk. The scientist-practitioner paradigm is confirmed again. Thus, prevention theory and research should strive to move beyond simplistic models of intervention, and must reflect complex transactions between the person and the environment. The quality of preventive intervention is related to the clarity of the theoretical model.

(9) *Models of prevention should consider intermediate outcomes as well as long-term outcomes.* Forms of anxiety in childhood and adolescence could become markers of risk for more serious forms of anxiety at the adult age. Interventions with disthymic children are justified as a means of preventing more severe forms of affective disorders during adolescence and adulthood.

(10) *Prevention program should be appropriately conceived in regard to timing and level of intervention.* In the prevention type design a

timing dimension should be considered (primary, secondary, tertiary) in conjunction with the level of intervention (individual, group, organization, community, governmental). *Primary prevention* refers to intervention before the onset of anxiety disorder. It generally involves population-wide approaches, fostering the development of personal competencies in both healthy and "at-risk" individuals (e.g. self-instruction guide on enhance self-esteem (Rees and Graham, 1991); parents group to gain skills to better communicate with teens; or at the governmental level: enforcing laws banning the bad treatment of children). Anticipatory guidance may help people prepare in advance to deal with expected developmental tasks or to maşter unusual stress, as in disaster situations. *Secondary prevention* typically entails early identification of risk factors or early signs of disease through screening, followed by early intervention (e.g. assertiveness training for shy people (Rakos, 1991).

The goal of secondary prevention is to shorten the course of illness by early detection and rapid intervention. Effective secondary prevention reduces the prevalence, but not the incidence of mental disorders because it lessens the duration of the illness. A secondary prevention of anxiety involves a network of community resources that aid to prompt referral for treatment. Telephone hot lines, crisis intervention, home treatment were shown to reduce the need for admission to hospital. *Tertiary prevention* is prevention in name only, in practice it appears to be much like treatment. However, whereas the principal aim of treatment is to remedy present occurrences of the illness, the aim of tertiary prevention is to prevent or reduce the chronicity and the severity of future occurrences of the illness.

Tertiary prevention consists of rehabilitation or eliminating disability after the acute phase of an illness. Psychotherapy for the chronic patient should not be neglected. The goal of psychotherapy in tertiary prevention should not be insight for the sake of increasing cognitive awareness, but rather should be responsive to the psychological and social needs of this type of patient Vocational rehabilitation enhances chronic patient's self-esteem, as well as social contacts.

Over the long term, primary prevention efforts appear to promise the best payoff, although they are generally the most difficult to implement. It is apparent that to be effective, psychologists need to adopt an anxiety preventive intervention orientation more diverse in terms of timing and level than their apparent preference for tertiary prevention with clinical, individual-level intervention.

THEORETICAL MODELS OF HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

The objectives of health promotion and disease prevention are necessarily diverse and complex, incorporating behavioral, social, environmental, political, and economic goals. This diversity implies the use of a wide variety of applicable theory and models from several disciplines. Psychological models nevertheless have a wide applicability because they attempt to explain cognitive and behavior factors and the mechanisms of change - both key aspects of mental health promotion work.

Health belief model HBM - The health belief model (Becker, 1974; Rosenstock, 1985) was developed specifically to explain and predict behavior in health context. While originally developed to predict preventive behaviors, the model has also been used to predict behavior of both chronically and acutely ill patients. The model suggests that the likelihood of an individual engaging in a particular action (e. g. avoidance) is a function of his perception of the relationship between a behavior and disorder, his susceptibility and the particular costs and benefits involved in engaging in the particular action. The HBM which assumes that beliefs are the primary determinants of behavior, posits six types of beliefs that may influence persons in terms of preventive health behaviors: (1) Knowledge of the disease and of preventive behavior; (2) perceived susceptibility to a given diseases and beliefs regarding the severity of the consequences; (3) the perceived benefits and costs of engaging in preventive behavior; (4) a cue to action that triggers preventive behavior, such as the illness of a friend or reading about the diseases; (5) peer and social norms, which may be perceived as supporting or discouraging preventive behaviors; (6) a sense of self-efficacy, or seeing oneself as capable of engaging in preventive behavior.

Stages of change model - Prochaska and DiClemente (1984) have analyzed motivation to change across a wide range of problem areas and have identified five major stages of change. These are: *(1) precontemplation,(2) contemplation,(3) readyfor action,(4) action and (5) maintenance.*

At the *precontemplation* stage change is not being considered through ignorance, denial or demoralization; in the *contemplation* stage the individual perceives a link between his/her job insecurity (e.g.) and his/her negative affect. Most people who are likely to be the targets of health promotion inițiative are in either the precontemplation or the contemplation stages. When perception of cost and benefits begins to alter, a person might move into the *ready for action* stage and than into the *action* stage; the final

stage, *maintenance* occurs after a few months of successful action when attention is turned towards relapse prevention. Progress through stages is cyclical rather than linear. Different processes are relevant at different stages. For example, in the precontemplation and contemplation stages providing information for raising awareness is a more appropriate intervention; on the other hand, coping skills training is more appropriate for those who are ready for action, and continued encouragement for those maintaining a behavioral change.

The model of reasoned action - Ajzen and Fishbein's (1980) theory of reasoned action attempts to make explicit the links between attitudes and behavior. Each attitude comprises a belief and a value attached to this belief (positive or negative). The authors argue that behavior is a function of intent and is governed by two broad influences. The first comprises the individuals' attitudes towards a certain behavior. Individuals may have a number of conflicted attitudes towards a behavior. The second source of influence is the individuals' perceptions of what the important others will think of their behaving in certain ways. Thus, the link between attitudes and behavior is mediated by a number of processes, each of which may influence behavior. These mediating links help explain why people do not always behave in accordance with their expressed attitudes.

Social learning theory - A basic tenet of social learning theory (Bandura, 1977) is that behavior is guided by expected consequences. The more positive these are the more likely one is to engage in any particular behavior. That implies that many behaviors persist when what may seem negative consequences are likely to follow. A number of possible explanations for this paradox have been proposed. The first is simply that short-term gratification is more motivating than the prospect of long-term harm. Less obvious are the principles of intermittent reinforcement, the relativity of reinforcement and the use of the denial (Bennett and Hodgson, 1993).

Some aspects of the social learning theory have proven particularly important to health promotion. One is the notion of self-control, which involves activating and bringing to mind the long-term consequences of our actions; self-control, or seif- regulation is one of the aims of health promotion strategies. Another important aspect of social learning theory for health promotion is that individuals can learn behaviors and their outcomes through observation of others (vicarious learning). More indirect modeling of behavior may come from watching television or movies. Here a multitude of behaviors is shown with differing outcomes. These may or may not be appropriate or realistic. These are individual differences in the degree to which people are influenced by modeling experiences.

Emoțional response theory (Janis, 1977; Clark, 1992)

Țhe authors propose that emoțional response precedes and conditions cognitive and attitudinal effects. This implies that highly emoțional messages (e.g- anxiety and fear) would be more likely to influence behaviors (e.g. stop smoking or drinking alcohol) than messages low in emoțional content

Attribution theory - An important psychological factor which influences our ability to change is the reason or causal attribution we associate with a particular feeling or action. Attribution theory was used very ingeniously and fruitfully by Abramson et al. (1978) in their reformulation of the relationship between learned helplessness and depression. According to the original model, learning that unpleasant experiences cannot be controlled results in motivational, cognitive and emoțional deficits. The motivational deficit is reflected in passivity, intellectual slowness, and social impairment. The cognitive deficit consists of difficulty in re-learning that actions can control unpleasant experiences. The affective changes are a consequence of the expectation that bad outcomes are bound to occur since they cannot be controlled.

The reformulation of the learned helplessness model is based upon the assumption that people not only experience helplessness, but also ask why they are helpless; in other words, they make a causal attribution. An individual can consider a bad experience to be the result of externai circumstances rather than personal inadequacies; the unpleasant experience is attributed to transient, specific and externai events. Another individual can attribute his helplessness to causes that are stable, global and internai. The latest has higher risk to develop anxiety or depression.

Communication theorists - focus on the optimum method of presenting information in order to disseminate knowledge and to change attitude. Effective and ineffective ways of provision information were identified; these include high-quality production, target exposure, trustworthy, expert and attractive sources, analysis of competing information to offset counter-argument and so on. In addition, communication theorists suggest mass communication may provide a method of behavioral change based on the use of modeling or vicarious learning principles. The need to understand target audience beliefs and perceived barriers to change is also emphasized.

Diffusion theory (Rogers, 1983) moves from the primarily intra-individual processes involved in the previous models to consider a more societal model of change. It describes a characteristic - of S-shaped curve of dissemination of any information; inițial slow progress is followed by a rapidly increasing acceptance with a final slowing as a late minority resists acceptance of the message. Different groups within the community are involved in different stages of the process. Early acceptors are typically high socio-economic status individuals. If sufficient numbers of leaders within the

community accept the information, transmission and adoption are rapid until only a minority of individuals fail to adopt the message of information (e. g. the positive effects of exercise on depressive mood).

Clearly, none of the theories described above provides a full explanation of health promotion. However, they do suggest key variables of disease prevention programs, and rather than treat them as abstract and separate theories, a synthesis of these models may provide a strong basis to any health promotion inițiative.

In conclusion, psychologists could have a greater impact in mental disorders prevention by reducing the psychosocial risk factors. This could consist of a multidimensional approach. First, psychologists could work to alleviate, where possible, the stressful conditions in the environment that contribuie to the onset of psychological dysfunction; second, psychologists could work to promote the mental health of the population at large, and to increase people's resiliency in the face of stressful conditions that cannot be eliminated; third, psychologists can identify people at risk of developing emoțional disorders and attempt to reduce stress that might contribute to the onset of a disorder by providing education and support in crisis; and fourth, psychologists can treat current symptoms of anxiety or other form of negative affect, can prepare patients to become more resilient to better cope with future stress (Fontana, 1989).

There is a criticai need that psychologists become more active in the prevention of mental health problems. Because psychology offers a wide range of theories, models and repertoire of applications, it has unique contributions to prevent, treat and manage mental illness through research, assessment and intervention. Obviously, psychologists are well prepared to make substanțial contributions in these areas.

SELECTIVE REFERENCES/BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Abramson, L., Seligman, M., & Teasdale, J. (1978). *Learned helplessness in human: critique and reformulation,* Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74. Ajzen, J., Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting*

Behavior, New York: Prentice-Hall. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mistery of Health,.* San Francisco:

Jossey-Bass. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory,* New York: Prentice-Hall. Becker, M. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior,*

Journal of Health Education. 2, 324-348. Benett,P., & Hodgson, R. (1993). *Psychology and Health Promotion,*

London: Rontledge. Bunton, R., & Macdonald, G. (1993). *Health Promotio,* London: Rontledge. Clark, M. (1992). *Emotion and social behavior,* Sage Publ., New Bury Park. Coie, J., Watt, N., & West, S. (1993). *The Science of Prevention.* American

Psychologist, 10, 1013-1022. Fontana, D. (1989). *Managing Stress,* London: Rontledge. Janis, J. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice*

and commitment, N.Y., Free Press. Kazdin, A. (1993). *Adolescent Mental Health-Prevention and Treatment*

Programs, American Psychologist. 2, 127-141. Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach:*

Homewood. II: Don Jones/ Irwin. Rakos, R. (1991). *Assertive Behavior: Theory, Research and Training,*

London: Rontledge. Rees, J., & Graham. R. (1991). *Assertiveness training,* Wiley, Chichester. Rogers, E. (1983). *Diffusion ofinovations,* N.Y., Free Press. Rosenstock, I. (1985). *Understanding and enhancing patient compliance,*

Diabetes Care, 8, 610-616. Sims, A., & Snaith, J. (1988). *Anxiety in clinical practice,* Wiley, Chichester. Tannabill, A. (1993). *Epidemiology and health promotion,* Rontledge,

London. *Thyer, B. (1987). Treating anxiety disorders,* Sage Publ., N.Y.

Capitolul 9

CONCLUZII ŞI DISCUŢII

_pan DA V1D"

is et0m ' M~t "General Disc^ions " In this Chapter 9
about the relat[illegible] fundamental research and clinical practice, arguing that practice must be more grounded on the results
[illegible] praC "Cu dimCu
[illegible] ş fcal practice. Cuvinte

,re decalaj între Practica PSihologica şi cercetarea Există un ^.fS, detriment Pnmei. Aceasta face ca impactul fundamentală sntală din psilţ j&_ "' adus fa jieridicându-se la cerinţele societăţii pragmatic al psihologiei safie r noterapie spre exemplu, s-ar putea spune (şi moderne a mileniului nI- In P sl,, suntelîl încă în faza mitică, nereuşind să ne greu am găsi contraargumente) c ^ -h3nalizei şi de imaginea dominanta a debarasăm de influen{ele ne atic c0ngruent, preocupat de înţelegerea psihoterapeutului misterios, emP * sufletului omului etc. _ psihoter^P'3 trebuie sa fle: (a) scurtă; (b) în societatea moderna P costisitoare pentru realizarea acestor eficientă şi dinamică; (c) *pu,* ^ terapeutului "scientist-practitioner", obiective, A.P.A. promovează » & setarea fundamentală, caracterizat în care integrează permanent Practicedurale şi declarative riguroase, activism, primul rând prin cunoştinţe pr^ ^.^,-ă empatic-pasivă a începutului de inteligenţă şi creativitate şi nu^ ^ aţia şi celelalte aspecte promovate de secol XX. Aceasta nu înseamnă dinamic-psihanalitică trebuie neglijate şi terapia umanist-expenenţiala s \]n chirurg spre exemplu, trebuie să ca ai na o coordonare motorie buna etc. Dar să vadă bine, sa aiDa .....

câţi oameni nu au aceste calităţi *~-^ chirurg de ceilalţi oameni care au măcar chirurgi). Ceea ce ",^°d Cunoştiitîele procedurile şi tehnicile pe care aceste calităţi sunt în prin™l rân< n iholog bun şi profesionist nu trebuie chirurgul le cunoaşte. prin analogie, un pS1 să marşeze pe faptul ea ţ este empatic, co^ gruent etc, caci aceste trăsături nu ridiculizate. Dar ele trebuie cert de^paşrte. aibă mână sigură, să vactt bţne,. ^ ^^ nu sunt buni chirurgi (şi unii nici

, , • Pi ar trebui să marşeze pe cunoştinţele ^ sunt specifice psihologului, w fi dau un ascendent în tounca lui ^ orocedurile pe care le ştie, şi ^ Q ^^ empatică, înţelegătoare şi cu 0 consiliere şi terapie in com?ara" ăsurJ în care psihoterapia nu se va apropia «^ experienţă bogata de viaţa, in n^ fe sectarismul ei îngust) va pier(^ cercetarea fundamentala şi va p ^ ^ timp de ^^ ci c aufă rezultate Omul mileniului III este pragm c^nitive> prin rezultatele pes care le ofe^ lar cercetările din neuroStunţ datorii chimici şi impactul lor asup,.a (vezi neuromediatorn şi neur ^ alternativă serioasă şi amenintătoare la funcţiilor psihice) pot ti *m* v ^ ^ putemic răs pandita ^^ adresa psihoterap.eiempatice de sin, psihoterapeuţii profesionişti. primă partf a lucrării, expresie a Tehnicile propuse in urte şi eficiente, mizând pe intelige nta cercetării fundamentale de yart su ^ intervenţiei Cred că în general Q şi creativitatea terapeutului in P ^^ ^ *mfzezQ* pe tehnici s psihologie eficientă în mileniul *i* ^ ^ ^ eficiente, expresie a cercetam tunaa

OQ

Capitolul 1°

BUTADE UN PSIHOLOG

|

HIPNOZA %GN1TIVIST

. Dan DAVID-

*article "Pramatie c***^T^U-kna^n 'mP^E*
aspects of » V% mechanisms alreadyj ^ esPenmenWl
*must be expiat fulldamental *"*£%,, thg classical <**

%z7&z szzgzs ££%*&

on a more ^Znseauence of fT^et^fand a rich instrumentat

possible to f modifiahm of hyP
fordiagnosis psychotherapy, informa
Lrk. hypnOSis, hypnotherapy, P>*
*Key "ords: J h mram sihoterapie, prel«<**
processingJ^*. â> hipnoterapie, P
Cuvinte < o m de cercetare.*
informatreU

■ ta studiul hipnozei,
««meritul nostru teoretic m s . «Seminarului

Bolyai, Cluj-W de ^oşunt, ^ obiective (^^ in
hipnozei pnntr-o programul are « ™ . de cercetare *fW* în
P-is, Pe/ermf anelor nipnot«e c don^enmd d ârf^
Şi «definirea 6» la conceptele Ş J m inform|ţiei; (2) clarii
conexarea ace* ^ paradigma procesam
psihologie, în W

teoretic care se vor concretiza în aplicaţii practice de anvergură, exprimate prin tehnici specifice în psihologia clinică şi juridică precum şi într-un bagaj de instrumente de evaluare şi modificare a hipnotizabilităţn cu implicaţii pentru practica psihologică.

Capitolul are următoarea structură: începe cu prezentarea succintă a paradigmelor în care se realizează cercetarea modernă actuală asupra hipnozei, nucleul lor tare şi impasul în oare s-a ajuns. Apoi prezintă programul de cercetare al "Seminarului de Studii Avansate asupra Hipnozei şi Sugestiei" şi perspectivele pe care el le deschide, încheindu-se cu discuţii generale.

PARADIGME DE STUDIU AL HIPNOZEI

Aspecte generale

Puţine teme atrag în psihologie în măsura în care o face hipnoza. Cauzele acestui interes sunt multiple. Hipnoza fascinează prin neobişnuitul său şi nu ştim dacă ceea ce atrage este interesul de a-i descifra taina sau dorinţa de a te lăsa furat de ea (Gheorghiu, 1977). Ştim însă cu certitudine că cercetările experimentale moderne sunt expresia a două paradigme aflate fundamental în opoziţie: (1) paradigma clasică sau a transei având ca reprezentanţi de marcă pe Hilgard, Erickson, Spiegel, Nash şi Edmonston; (2) paradigma cognitiv-comportamentală de inspiraţie socială, având ca reprezentanţi pe Barber, Spanos, Wagstaff, Lynn, Kirsch şi Gorassini.

Ne aflăm, parafrazându-1 pe Kuhn (1976) într-o fază de cercetare ştiinţifică a hipnozei, extraordinară dar şi paradoxală.

Cercetarea este extraordinară deoarece esje expresia luptei între cele două paradigme mai sus menţionate. Cercetarea este paradoxală deoarece lupta între paradigme durează de aproximativ 30 de ani fără a se întrevedea clar un câştigător. Or, Kuhn (1976) arată că ar fi trebuit să se întâmple unul din următoarele două lucruri: (1) schimbarea de paradigmă prin înlocuirea paradigmei vechi (clasică) cu noua paradigmă (cognitiv-comportamentală); (2) asimilarea paradigmei noi în paradigma clasică.

Nu s-a întâmplat nimic, şi această stagnare la nivel paradigmatic are consecinţe negative asupra elaborărilor teoretice şi aplicative în domeniu. în cărţile noi (anii '90) despre hipnoză găsim tratate şi prezentate aproximativ aceleaşi tehnici şi proceduri ca acum 20-30 de ani, progresul fiind deci infim. Hipnoza nu este considerată astăzi un domeniu major de interes în cercetarea ştiinţifică mondială. în SUA şi Marea Britanie uneori ea nici nu este văzută ca o întreprindere serioasă şi riguroasă. Cauzele sunt naivitatea, ambiguitatea şi uneori comicul conceptelor utilizate în paradigma clasică, fără valenţe euristice pe de o parte şi dogmatismul teoretico-metodologic

behaviorist care limitează încă abordarea cognitiv-comportamentală pe de altă parte. Se face simţită astfel necesitatea unei perspective noi asupra hipnozei care să depăşească impasul în care s-a ajuns şi care să revitalizeze activitatea de cercetare fundamentală şi aplicativă în domeniu integrând însă asumpţiile valide ale paradigmelor anterioare. Din punct de vedere istoric, paradigma clasică a fost prima care s-a impus în studiul modern şi experimental al hipnozei (de aici şi denumirea de clasică).

Paradigma clasică în studiul hipnozei

Paradigma clasică a generat atât teorii şi orientări ştiinţifice asupra hipnozei, fundamentate experimental, (ex. teoria neodisociaţionistă - Hilgard) cât şi teorii şi orientări naive situate în apropierea simţului comun, fără o bază experimentală riguroasă (ex. orientarea New Age cu implicaţii asupra hipnozei). Cu toată această diversitate se poate evidenţia un nucleu comun de asumpţii teoretico-metodologice proprii acestei paradigme.

• Prin procedura de inducţie hipnotică se induce o stare de transă hipnotică numită şi hipnoză neutrală (Edmonston, 1981) sau transă A (Barber, 1969). înţelegem prin transa A o stare de conştiinţă caracterizată prin faptul că subiectul "rupe" legătura cu mediul înconjurător, comportamentul este experienţiat ca involuntar, atenţia se concentrează pe un stimul intern sau extern iar la nivel fiziologic apare o stare de relaxare.

• Transa hipnotică are diferite nivele de adâncime care pot fi evaluate cu diverse scale de hipnotizabilitate (ex. scala Barber, scalele Stanford: A, B, C sau de grup etc).

• Pe fondul transei A se fac sugestii hipnotice specifice generându-se fenomenele hipnotice ţintă (ex. catalepsia braţului). Transa A este considerată o condiţie absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice ţintă. Ea poate fi interpretată ca un fenomen hipnotic "difuz" care urmează şi este indus de procedura de inducţie hipnotică şi care precede, condiţionează şi explică apariţia fenomenelor hipnotice ţintă.

• Realizarea fenomenelor hipnotice depinde de nivelul de adâncime a transei. Unele necesită ca o condiţie prealabilă pentru apariţia lor doar un nivel superficial de adâncime a transei (ex. catalepsia braţului), altele presupun un nivel profund de adâncime a transei (ex. amnezia posthipnotică).

• Hipnotizabilitatea este o trăsătură relativ stabilă de personalitate, fiind greu şi puţin modificabilă prin tehnici şi exerciţii specifice (ex. biofeedback, deprivare senzorială etc).

Figura 1 prezentată în continuare ilustrează această perspectivă.

Teoria dominantă din cadrul acestei paradigme este teoria neodisociaţionistă (teoria observatorului ascuns - Hilgard, 1965, 1973). Ea îşi are rădăcinile în cercetările lui Janet (1925) asupra fenomenelor de disociere. în această teorie se afirmă că prin procedura de inducţie hipnotică se induce o

stare de transă caracterizată printr-o disociere a conştiinţei. Adică unele sisteme de prelucrare a informaţiei se separă de procesorul central - conştiinţa - funcţionând automat şi independent. Această capacitate de disociere este stabilă pentru fiecare subiect în parte, neputând fi modificată prin diverse proceduri (ex. biofeedback, relaxare etc.) decât într-o măsură extrem de mică. Disocierea conştiinţei indusă prin proceduri de inducţie hipnotică este condiţia absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice.

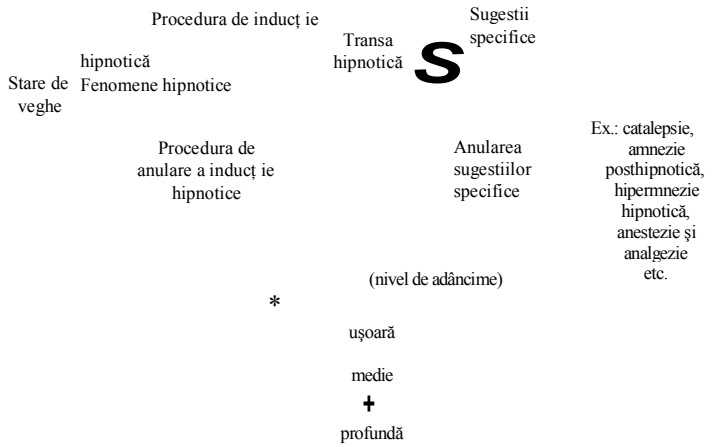


Figura 1. *Abordarea clasică a hipnozei* (după Fellows, 1986).

Această perspectivă asupra hipnozei a fost criticată serios de programul cognitiv-comportamental iniţiat de Barber (1969, 1979). Ca urmare a acestui fapt, impactul ei asupra cercetării fundamentale şi asupra hipnozei experimentale a fost drastic redus. Cu toate acestea, ea domină în practica clinică şi juridică, deoarece prin tehnicile şi procedurile riguroase şi sofisticate pe care le presupune, hipnoza se constituie într-un "pretext" şi "ritual" cu funcţie terapeutică. Altfel spus, nu tehnica în sine este eficientă, ci semnificaţia şi funcţia care i se atribuie de către pacient tehnicii este fundamentală. Utile în anumite situaţii, astfel de tehnici sunt totuşi departe de a genera aplicaţii şi intervenţii de anvergură. Impactul lor pragmatic ar putea fi comparat cu eficienţa clinică a ritualurilor religioase. Or, deşi nu trebuie ridiculizate, ele trebuie depăşite, altfel riscăm să ne situăm la nivelul unor intervenţii practice situate cu o palmă deasupra simţului comun, rupte de aplicaţiile de vârf din ştiinţă. Schimbarea care trebuie realizată ar fi similară trecerii de la vindecarea prin ierburi tămăduitoare la farmacologia modernă sau de la altoiri la ingineria genetică. O astfel de întreprindere şi încercare de schimbare este programul cognitiv-comportamental iniţiat de Barber (1969, 1979).

Paradigma cognitiv-comportamentală in studiul hipnozei

Programul de cercetare asupra hipnozei iniţiat de Barber (1969) s-a derulat pe parcursul a două etape: (1) etapa de negare şi invalidare a rezultatelor teoretico-experimentale obţinute până la el, caracterizată printr-o poziţie behavioristă radicală; (2) etapa de construcţie a unei noi paradigme de orientare cognitiv-comportamentală, îmbogăţită ulterior prin cercetările lui Spanos (1971) şi Wagstaff (1981) cu elemente de psihologie socială.

în etapa de negare, Barber aduce mai multe argumente pentru a discredita rezultatele teoretico-experimentale obţinute în studiul hipnozei până la el.

• Primul se referă la explicaţia tautologică a fenomenelor hipnotice în paradigma clasică şi, în consecinţă, lipsa suportului logic pentru astfel de explicaţie. Se afirmă, arată Barber, că hipnoza este o stare de transă iar fenomenele hipnotice apar ca urmare a faptului că subiectul se află în stare de transă. In acelaşi timp însă, continuă autorul, starea de transă este evaluată şi identificată prin producerea fenomenelor hipnotice. Avem deci o explicaţie tautologică, circulară, în care starea de transă este definită prin fenomenele hipnotice, iar acestea la rândul lor prin starea de transă.

• Al doilea argument se referă la existenţa unor variabile mascate în studiile anterioare. Spre exemplu, procedura de inducţie hipnotică are o structură ce cuprinde următorii factori: (1) situaţia este definită de subiect ca hipnoză; (2) sugestiile vizează inducerea greutăţii, închiderea ochilor, somnul; (3) subiectului i se spune ca îi va fi uşor să răspundă la sugestii; (4) subiectul este motivat să realizeze sugestiile. Cercetările lui Barber (1969) arată că factorii 3 şi 4, reuniţi sub numele de "sarcina de supramotivare", sunt tot atât de eficienţi în producerea fenomenelor hipnotice ca şi procedura de inducţie considerată în structura ei completă (fact. 1,2,3 şi 4.). Acest lucru înseamnă că nu procedura de inducţie este răspunzătoare de producerea fenomenelor hipnotice, ci doar factorii 3 şi 4 din cadrul procedurii.

• Al treilea argument arată că studiile anterioare utilizau design-uri experimentale în care acelaşi lot de subiecţi era examinat în stare de veghe şi sub hipnoză pentru a se înregistra eventualele diferenţe. Dar este posibil ca sub hipnoză subiecţii să se comporte diferit decât în starea de veghe deoarece cred că hipnotizatorul aşteaptă acest lucru de la ei. în consecinţă, sugerează Barber, studiile asupra hipnozei trebuie să se realizeze pe eşantioane independente de subiecţi, nu pe eşantioane paralele în care acelaşi lot de subiecţi este evaluat în pretest şi posttest.

• Al patrulea argument relevă că multe rezultate obţinute anterior nu au putut fi reproduse utilizându-se o metodologie experimentală riguroasă sau dacă s-au obţinut, amplitudinea lor (exprimată în mărimea efectului şi prag de semnificaţie) a fost mult mai redusă comparativ cu exagerările anterioare.

• Al cincilea argument arată că fenomenele hipnotice pot fi produse utilizându-se sarcina de supramotivare cu aceeaşi eficienţă ca şi în cazul utilizării procedurii de inducţie hipnotică.

Deşi unele critici sunt exagerate şi nefondate (Gauld, 1992), în ansamblu ele sunt valide şi se menţin, pregătind drumul pentru o schimbare de paradigmă.

în etapa de construcţie, ca urmare a unei activităţi de cercetare sistematică şi prolifică, Barber (1969, 1979) (Barber este considerat după Spanos cel mai prolific autor în domeniul hipnozei) iniţiază o nouă paradigmă, paradigma cognitiv-comportamentală asupra hipnozei, având mai multe asumpţii fundamentale.

• Hipnoza este o stare de transă, dar transa nu are valoare explicativă ca în paradigma clasică, ci este o variabilă dependentă alături de celelalte fenomene hipnotice, care trebuie ea însăşi explicată.

• Avem două tipuri de transă, şi anume transa A şi transa B. Transa A este rezultatul procedurii de inducţie hipnotică şi se caracterizează prin faptul că subiectul "rupe" legătura cu mediul înconjurător, comportamentul este experienţiat ca involuntar, atenţia se concentrează pe un stimul intern sau extern, iar la nivel fiziologic apare o stare de relaxare. Pe fondul transei A se fac sugestiile specifice, generându-se fenomene hipnotice ţintă (ex. catalepsia braţului) şi transa B. Transa B este rezultatul unor sugestii specifice care vizează declanşarea unor fenomene hipnotice ţintă pe fondul transei A sau după sarcina de supramotivare. Acest tip de transă se caracterizează prin faptul că subiectul este "absorbit în imaginar", efectuând involuntar sugestia hipnotizatorului, rupând legătura cu mediul înconjurător; altfel spus, transa B este o stare de conştiinţă ce însoţeşte fenomenele hipnotice ţintă generate prin sugestii specifice, pe fondul transei A sau după sarcina de supramotivare.

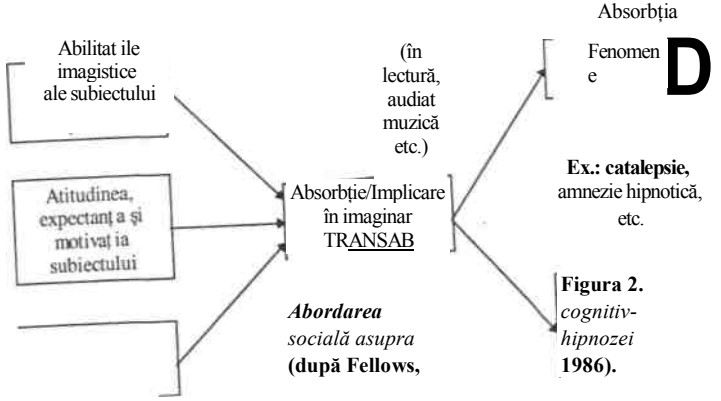
• Variabilele independente care condiţionează apariţia fenomenelor hipnotice sunt: (1) sugestiile hipnotizatorului; (2) atitudinile, expectanţele şi motivaţiile subiectului; (3) abilităţile imagistice ale subiectului.

• Hipnotizabilitatea nu este o trăsătură stabilă de personalitate, ci este modificabilă relativ uşor. Gorassini şi Spanos (1986) elaborează programul Carleton care vizează modificarea hipnotizabilităţii. Pe scurt, programul are următoarele componente: (1) restructurări cognitive cu scopul de a elimina concepţiile greşite despre hipnoză şi de a crea atitudine şi motivaţie pozitive ale subiecţilor faţă de hipnoză; (2) dezvoltarea abilităţilor imagistice ale subiecţilor şi încurajarea utilizării lor în cursul hipnozei; (3) oferirea de informaţii cu privire la modul în care trebuie interpretate sugestiile. Se insistă asupra faptului că subiectul trebuie să interpreteze şi să iniţieze activ fenomenele sugerate, cel puţin în faza iniţială, în acelaşi timp lăsându-se "absorbit în imaginar" pentru a genera în plan subiectiv senzaţia că fenomenele sugerate se produc involuntar, automat, ca de la sine.

;-mfsi tts scM - u*»—^r

oSTnital revoluţionar şi progresrst, programul rmtrat de Barba-w ueşi uiiuai J_-xg: dogmatismul teoretico-metodologic blocat la un moment dat nepu and dqt£j«J-^ ^^^^ al ^v^^ta^P ^ d nu a penetrat niciodată teoretrce ^*?**£Zfl^ deoarece, în numele unui pozitivism serios practica clinica şi juridica. Aceasta , preferenţial logic «tieo^ ridicat de behavioT^taW^egp, P^ ^ relaţia stimul-râspuns sau ^ab%o^^|^ a programului) sau studiul hrpnozei, ignorându-se (m P™&* P fJă) lucrările minlmal1Zându-se şi «f^^^vJ^ informaţionale -»<**£ J^^ din psihologia cognitivă, în studiul hipnozei s-a rupt de cerceta rigur0ase care i-ar fi dat un lipsi^wast^deosurs^o^de^o»"^ ^ ^ ascendent în lupta cu paradigm• ^J^* "Jir* însă hipnoza şi caracteristicile lor.

obLctiv susţinute de cercetări expenmentale serioase.



Abordarea *socială asupra* **(după Fellows,**

Figura 2. *cognitiv-hipnozei* **1986).**

să se impună definitiv în competiția cu paradigma clasică, în acest moment ele coexistând pașnic. Această coexistență pașnică paradoxală a două paradigme aflate fundamental în opoziție este posibilă deoarece ele și_au epuizat potențialul creativ și valențele euristice, nemaireprezentând una pentru cealaltă un pericol. în știință, însă, o asemenea coexistență a două paradigme opuse cu aceeași influență asupra unui domeniu țintă este periculoasă deoarece nu se stimulează competiția și progresul, acest lucru având un impact negativ asupra elaborărilor teoretico-metodologice în domeniu.

Cu toate acestea, cele două paradigme au avut o contribuție covârșitoare în abordarea și cercetarea științifică a hipnozei prin reprezentanții lor marcanți, oameni de mare capacitate intelectuală și științifică: Barber, Hilgard, Orne, Sarbin, Spanos, Wagstaff, Nash, Lynn, Kirsch etc, într-o perioadă când în hipnoză se manifestau și încercau să-și facă loc cu pregnanță influențe pseudoștiințifice ca mesmerismul, magnetismul animal, orientarea New Age reprezentată prin neoericksonieni, caracterizate prin comicul conceptelor, naivitate, simț comun sau, și mai grav, uneori prin fraudă (Heap, 1988, 1991). Paradigma clasică și paradigma cognitiv-comportamentală vor rămâne în istoria hipnozei ca puncte de referință, iar abordările noi nu pot face abstracție de ele și de rezultatele lor teoretico-experimentale valide, care trebuie integrate, reevaluate și dezvoltate.

Laboratorul de cercetare creat la Cluj-Napoca în cadrul "Seminarului de Studii Avansate asupra Hipnozei și Sugestiei" încearcă să depășească această stagnare paradigmatică în cercetarea hipnozei printr-o infuzie de cunoștințe fundamentale din psihologia cognitivă care vor face posibilă trecerea peste impasul în care se găsește paradigma cognitiv-comportamentală integrând și dezvoltând totodată asumpțiile sale valide. Altfel spus, încercăm să revigorăm paradigma cognitiv-comportamentală în studiul hipnozei prin ancorarea ei la cercetarea fundamentală recentă din psihologia cognitivă.

ANGAJAMENTUL COGNITIVIST ÎN STUDIUL HIPNOZEI. PROGRAMUL DE CERCETARE AL "SEMINARULUI DE STUDII AVANSATE ASUPRA HIPNOZEI ȘI SUGESTIEI"

Cercetările realizate până acum asupra hipnozei și asupra temelor din psihologia cognitivă care pot avea un impact considerabil asupra acesteia (David, 1996a, 1996b; Miclea, 1994, 1996), coroborate cu rezultatele cercetărilor fundamentale din literatura de specialitate (Barber, 1969, 1979; Naish, 1986; Udolf, 1987; Rhue, Lynn și Kirsch, 1993) susțin următoarea perspectivă asupra hipnozei.

• Hipnoza este un termen care descrie următoarea situație din alitate: un subiect numit hipnotizator îi sugerează altui subiect numit subiect h'onotizat modificări la nivel, subiectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Sugestiile se pot face; (1) în stare de veghe, fără a se obține un rezultat evident (doar 1/6 dintre subiecți obțin un scor mare la scalele de sugestibilitate în aceste condiții); (2) pe fondul transei A, după procedeele de inducție hipnotică, generându-se transa B și fenomenele hipnotice țintă; sau (3) după sarcina de supramotivare, generându-se transa B și fenomenele hipnotice țintă. Altfel spus, hipnoza este o tehnică prin care se induc modificări subiective, cognitive, comportamentale și fiziologice țintă numite fenomene hipnotice (vezi detalierea lor în cele ce urmează). Prin sugestii posthipnotice și tehnici specifice, unele modificări din cursul hipnozei se mențin și după anularea stării de transă (ex. restructurările cognitiv-comportamentale). Aceasta are implicații pozitive pentru psihoterapie. Mai mult, prin sugestii posthipnotice se pot induce în starea de veghe modificări subiective, cognitive, comportamentale și fiziologice adaptative, chiar dacă acestea nu au fost produse în stare de transă (ex. emoții,
pattern-uri comportamentale etc).

• Modificările la nivel subiectiv se referă la trăirile subiectului aflat în starea de transă, operaționalizate prin descrierile pe care subiectul le face stării sale subiective (ex. mă simt calm, relaxat etc). Nivelul subiectiv este o variabilă dependentă a interacțiunii celorlalte trei nivele (Singer și Schachter, 1962): cognitiv, comportamental și biologic (vezi capitolul 1 pentru detalii).

• Modificările la nivel cognitiv sunt reprezentate de modificări ale senzațiilor și percepțiilor (halucinații hipnotice, iluzii, anestezie și analgezie, etc), ale memoriei (hipermnezie, amnezie hipnotică etc), ale gândirii (logica transei, modificări ale cunoștințelor etc), ale limbajului și imaginației (vis hipnotic etc). Cercetările experimentale care urmează a aborda aceste modificări trebuie să aibă ca premise cercetări riguroase din psihologia cognitivă asupra prelucrării primare de informație (Marr, 1982), memoriei (Baddeley, 1986; Schacter, 1987; Jacoby, 1991), imaginației (Kosslyn, 1990), teoriei detectării semnalului (Naish, 1986).

• Modificările la nivel comportamental se caracterizează prin faptul că prin hipnoză putem produce orice comportament al subiectului din starea de veghe. în acest caz însă, comportamentul este experiențiat de acesta ca fiind automat, involuntar, declanșat de sugestiile hipnotizatorului și nu generat voluntar. Abordarea experimentală a modificărilor comportamentale din hipnoză trebuie să ia în considerare cercetările cognitive asupra atenției, controlului și prelucrărilor automate de informație (vezi Broadbendt, 1958; Norman, 1968; Treisman, 1988; Jacoby, 1991).

• Modificările la nivel fiziologic sunt induse prin starea de relaxare sau arousal (activare) fiziologic (în cazul inducerii hipnotice a unor stări

emoţionale sau în cazul hipnozei activ/alerte). Cercetările arată că nu există pattern-uri şi modificări neurofiziologice specifice hipnozei.

• Pentru explicarea fenomenelor hipnotice (modificări la nivel subiectiv, cognitiv, comportamental şi fiziologic) optăm în favoarea microteoriilor. Abordările anterioare (vezi Hilgard şi Barber) propuneau pentru explicarea fenomenelor hipnotice o perspectivă "holistă şi globalistă". Spre exemplu, atât Hilgard cât şi Barber încearcă să explice printr-o singură teorie globalistă şi unificatoare (vezi figurile 1 şi 2) întreaga diversitate a fenomenelor hipnotice. Dar abordarea holistă este astăzi văzută în ştiinţă ca nerealistă, ţinând mai mult de dorinţă decât de activitatea ştiinţifică şi performanţă. Este nevoie de teorii distincte pentru a explica fenomenele hipnotice de la nivele diferite (ex. nivelul cognitiv, comportamental, fiziologic) sau chiar din cadrul aceluiaşi nivel (ex. amnezia şi hipermnezia hipnotică din cadrul nivelului modificărilor hipnotice cognitive). Peste tot în ştiinţă lucrurile stau la fel. în inteligenţa artificială spre exemplu, s-a renunţat la mitul construirii unui sistem artificial inteligent în general, cercetarea focalizându-se pe construirea unor sisteme artificiale inteligente într-un domeniu bine circumscris. Studiul hipnozei persevereză încă pe o linie greşită, căutându-se "mecanismele hipnozei", răspunzându-se la întrebări globaliste de genul "ce este hipnoza?" sau "care sunt mecanismele hipnozei?" etc. Prin aceasta, studiul hipnozei se îndepărtează de demersul ştiinţific. în consecinţă, această abordare trebuie abandonată în favoarea elaborării microteoriilor care încearcă să clarifice mecanismele implicate într-un fenomen hipnotic ţintă şi nu mecanismele implicate în hipnoză. Sigur, ideea unei teorii unificatoare nu trebuie abandonată ci trebuie lăsată viitorului. Ne putem pune problema ei atunci când vom avea microteorii riguroase ce se cer articulate pentru a oferi o perspectivă de ansamblu, unitară. însă în studiul hipnozei nu s-a ajuns încă la acest nivel. Putem totuşi angaja "teorii asupra hipnozei" în măsura în care găsim elemente comune tuturor fenomenelor hipnotice. După cum vom vedea în capitolul următor, un astfel de element comun este "involuntaritatea" care caracterizează toate fenomenele hipnotice. Cu această excepţie, teoriile asupra hipnozei trebuie focalizate, cum argumentam mai sus, pe fenomene şi mecanisme specifice.

• Răspunsul hipnotic la stimulul sugestie apare în patru modalităţi: (1) automat, direct şi într-un timp scurt; (2) subiectul angajează conştient anumite modalităţi cognitive (ex. imaginaţia) pentru a genera automat şi involuntar răspunsul sugerat în acelaşi timp nerealizând faptul că el a angajat iniţial voluntar aceste modalităţi cognitive; (3) subiectul angajează conştient anumite modalităţi cognitive (ex. imaginaţia) pentru a genera automat şi involuntar răspunsul sugerat în acelaşi timp realizând faptul că el a angajat iniţial voluntar aceste modalităţi cognitive; (4) subiectul a generat voluntar răspunsul sugerat. Răspunsuri hipnotice sunt considerate doar primele trei

modalităţi ultima modalitate fiind considerată complianţă sau simulare hipnotică. Pe măsura exersării şi repetării inducţiei hipnotice răspunsurile hipnotice de tip (3) şi (2) tind să devină răspunsuri tip (1) datorită automatizării. în cursul unei inducţii hipnotice răspunsurile tip (1), (2), (3) apar adesea împreună deşi într-o proporţie variabilă în funcţie de antrenamentul subiectului sau de starea sa de moment.

• Valoarea pragmatică a hipnozei trebuie văzută cu realism şi ca derivând din modificările pe care ea le induce dincolo de dorinţele şi aşteptările nerealiste ale omului modal vizavi de "miracolul hipnozei" sau de scepticismul nejustificat izvorât, de cele mai multe ori, din ignoranţă şi necunoaştere, al unor oameni de ştiinţă sau al unor practicieni.

Modificările la nivel subiectiv în hipnoză se constituie în experienţe de viaţă noi pentru subiect, cu impact pozitiv asupra stimei de sine şi evoluţiei speranţei de rezolvare a problemelor pentru care hipnoza a fost angajată.

Modificările la nivel cognitiv ne permit să sperăm în utilizarea hipnozei ca:

(a) tehnică de restructurări cognitiv-comportamentale în psihologia clinică şi psihoterapie (ex. terapia anxietăţii, depresiei etc);

(b) tehnică de anestezie şi analgezie, induse prin mecanisme cognitive în intervenţiile medicale acolo unde anestezia prin substanţe chimice este ineficientă, nerecomandată sau imposibil de aplicat;

(c) tehnică de ameliorare a capacităţii mnezice cu implicaţii în psihoterapie şi practica juridică (memoria martorilor).

Modificările comportamentale sporesc încrederea pacientului în eficacitatea unor sugestii posthipnotice, ameliorând astfel integrarea lui ecologică.

Modificările la nivel fiziologic se constituie în stări de relaxare utile în tratamentul anxietăţii şi a tulburărilor psihosomatice (Udolf, 1987), sau, prin inducerea unui arousal fiziologic, contribuie la realizarea unor tehnici de inoculare a stresului, cu implicaţii psihoterapeutice.

După cum se observă, aceste modificări nu aduc nimic miraculos sau supraomenesc. Mai mult, eficacitatea lor pragmatică trebuie evaluată în comparaţie cu alte tehnici asemănătoare utilizate deja în practica psihologică. Dar şi a te situa pe o poziţie din care să afirmi că hipnoza este o tehnică neştiinţifică, şamanică, care creează o puternică dependenţă a pacientului faţă de terapeut, fără valenţe pragmatice, este o eroare izvorâtă fie din ignoranţă, fie din examinarea unei bibliografii de "mâna a doua" cumpărată de pe "taraba de la colţ". Hipnoza, în măsura în care este bazată pe o relaţie de colaborare şi nu de autoritate extremă între pacient şi terapeut şi este transformată spre sfârşitul şedinţelor de psihoterapie în autohipnoză, nu produce o dependenţă mai mare decât alte tehnici psihoterapeutice.

în c:0,ncluzie, am putea spune că tehnica hipnotică în sine nu este eficientă sau ^eficientă. Eficiența ei depinde de valoarea și cunoștințele celui care o utilizef32-^-

în *af*es* context merită să ne oprim puțin asupra rolului de "pretext" al hipnozei îi'm Psihoterapie, rol care ar merita să fie investigat amănunțit și sistematic și fcare ar genera aplicații practice interesante. în cele ce urmează vom oferi do/uâ exemple.

Exei^Plul 1- *Uneori, în cursul psihoterapiei, pacienții evită să aducă în discuție a^^'^ fapte sau evenimente care i-ar pune pe ei sau pe terapeut într-o poziții delicată. Aceste fapte și informații ar putea avea însă o importanță fev ârșitoare pentru desfășurarea psihoterapiei și remiterea simptomului. Stilizarea hipnozei poate elibera pacientul de responsabilitatea a(rUCer" î" discuție a acestor evenimente "jenante", responsabilii/^0 căzând pe utilizarea hipnozei: "nu am vrut să vorbesc despre asta, h dacă m-ai hipnotizat, nu am avut încotro, nu m-am putut opune să-ti sr?Un " (cazuistică proprie). In acest caz hipnoza este un pretext pe care subiectu' ^ folosește prin delegarea responsabilității, pentru aducerea în discuție a acf"tar evenimente "jenante " pe care altfel nu ar avea curajul să le abordeze.*

Exei^Plul*2- Utilizarea regres iei în vârstă poate ajuta subiectul să-și amintească sfiu ^ă creadă că-și aminteşte o mulțime de informații pe care le considerase Kllitate. Nu contează dacă aceste informații sunt corecte, trăite de subiect sau s'iunt doar construite de acesta în cursul hipnozei. In măsura în care subiectul ^*e *consideră ca fiind adevărate și trăite de el cândva, ele dobândesc o Jur, cție terapeutică prin faptul că îl ajută să-și construiască o istorie de v"tă coerentă cu implicații directe asupra remiterii simptomatolo'&le î- Hipnoza în acest caz este tocmai pretextul construirii unei astfel de istori1 ' coerente de viață cu funcție terapeutică (Nash, 1987).*

Rolu/' ^e "pretext" al hipnozei în cursul psihoterapiei, utilizat des dar nesistematic î^n Paradigma clasică, a fost total ignorat în paradigma cognitiv-comportamentta^ a lui Barber. Probabil aceasta este și explicația impactului redus în pra^ctlca clinică a acestei paradigme. Credem că el trebuie reconsiderat ș;'1 dezvoltat.

La în^harea "Se induce prin hipnoză o stare de transă?" răspundem în felul urm^tor: da, dar transa este un fenomen hipnotic, o variabilă dependentă #ră valoare explicativă. Ea este o trăire la nivel subiectiv, expresie a modificărilor de la nivelele cognitiv, comportamental și biologic. Mai mult, exi^* <louă tipuri de transă: transa A și transa B. Abordarea clasică consideră că tl^nsa A este absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice (pe '0r*clul ei se fac sugestiile specifice care generează fenomenele hipnotice țintS^- Abordarea cognitiv-comportamentală consideră că apariția fenomenelor hai Pnotice și a transei B presupune doar sarcina de supramotivare

și sugestii specifice, putându-ne dispensa de transa A și, în consecință, de procedura de inducție hipnotică ca factor absolut necesar pentru geneza fenomenelor hipnotice (transa B în acest caz este o variabilă dependentă ca toate fenomenele hipnotice, în fapt un fenomen hipnotic care se cere explicat). Cercetările inițiate de noi (vezi în continuare) sugerează următoarea concluzie: transa A nu este absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice țintă și a transei B, dar le poate favoriza. Gândind prin analogie, ea joacă rolul catalizatorilor într-o reacție chimică: se poate și fără ei, dar eficiența și rapiditatea reacției chimice sunt mult mai mari când sunt prezenți. Concluzia se bazează pe rezultatele obținute în următorul experiment prezentat sintetic.

Experiment (Dan David).

Ipoteză, transa A nu este absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice țintă și a transei B, dar le poate favoriza.

Subiecți. La experiment au participat 90 de subiecți, studenți sau elevi în clasele 10, 11 și 12, distribuiți cu ajutorul chestionarului de imaginație Bets în trei loturi: (1) cu imaginație mare, (2) cu imaginație medie și (3) cu imaginație mică.

Procedura. Fiecare lot de subiecți a fost împărțit în două jumătăți. Prima jumătate a fost evaluată din punct de vedere a hipnotizabilității (măsurată cu scala de sugestibilitate Barber) după sarcina de supramotivare iar cealaltă jumătate după procedură de inducție hipnotică standard corespunzând scalei Barber (procedură elaborată de Barber). S-au evaluat trei indicatori ai hipnotizabilității (1) scorul obiectiv, (2) scorul subiectiv și (3) scorul răspunsurilor voluntare-involuntare (vezi capitolul 18 pentru detalii).

Rezultate și concluzii. Condițiile în care transa A poate influența apariția fenomenelor hipnotice se prezintă după cum urmează:

(a) subiecții cu imaginație mare (evaluată cu chestionarul Bets) nu au nevoie de transa A pentru producerea fenomenelor hipnotice (evaluate cu scala Barber). Sarcina de supramotivare este suficientă, performanțele fiind egale în cele două condiții; scor obiectiv-t(28)=l,ll p>0.10; scor subiectiv t(28)=l,24 p>0.10; scor voluntar/involuntar t(28)=l,50 p>0.10;

(b) subiecții cu imaginație medie beneficiază de prezența transei A în producerea fenomenelor hipnotice, obținând performanțe mai mari în raport cu subiecții care au doar sarcina de supramotivare; scor obiectiv-t(28)=3,98 p<0.01; scor subiectiv t(28)=3,05 p<0.01; scor voluntar/involuntar t(28)=2,20 p<0.05;

(c) subiecții cu imaginație scăzută nu beneficiază de transa A, performanțele lor hipnotice fiind la fel de reduse în prezența sau absența acesteia și egală cu performanța în condițiile sarcinii de supramotivare; scor obiectiv-t(28)=l,21 p>0.10; scor subiectiv t(28)=l,28 p>0.10; scor voluntar/involuntar t(28)=2 p>0.10.

i detalierea acestor condiții * *u* ■

Precizară *a/Ața* impacruJu *ftf** impactului lor teoreS *i* ^ *
studii ulterioare d***^g de fi$_{gU}r_a$ 3 fa
Această *V^ei* *ţr* //activă asupra *h^^f^S^tul* „
aşa cum apare ilustra ^ de fi$_{gura}$ 3. Poate fi
r^Wfcu.

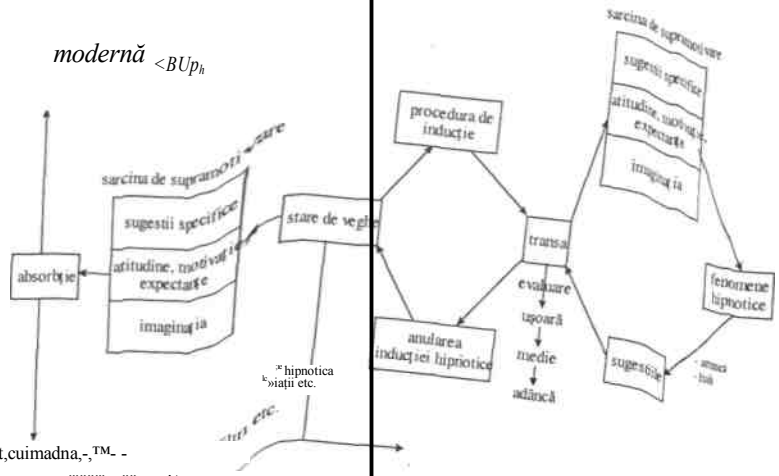
. ?'sintetiz

- studii experimentale

- subiecți cu imagina ie m;

Uf** *com P°rtamentală*
Figura 3. *Abordare"* ^
fenomene hipnotice

modernă $_{<BUp_h}$



absorbțieîn lectura, vizionarea ut[11]"

-subiect,cuimadna,-,™- -

"""""«•""entaj^e

w

ozei.

.*6* ALE ABORDARn rn COMPONl^E MODERNE $_{As}$^£*ly* COMPORTAM^ 51 PRECIZĂRI *SVPUm^O$_{ZF1}$* (FIG. 3). DETAt^ . , ,. *u* ^°/o5

« /W^c//e %ww«?*î care ^

- •m^»'» "'- t^jmulul. ° ^[em]™ subiect, ferit
! cât posibil de zgoi*V -• [soa]te face [pe un],,. . U**ti,

ipirația subiectului, pr°PjIi% f ;' saii „
mul extern fex. nurt* <# [Se face] P™ sugestii »**.«_. . [Pe] «'»

. cât ss7frr*

pentru subie^ftrit

* ... .,..(? 3 jtfK Se nnat^ *•,„.- ugestii

■ • ,. , /ui" /iS. owect etc) *">-a etc.) ~*0
«spirația subiectului, P^%jC^0 L & ;' sau,

mul extern (ex. punct ^jf*™??™ SUgestii s Pecifi$_{ce}$ «i
<<' . ftfaj. cX i"[dUCr,C] h[r]P[not]«'c* (deşi ai t [hnic] j? W
^majoritatea procedurii[d] 164 "^ [h,]P^[Ste]

bazează nu pe relaxare, ci pe declanşarea unui arousal fiziologic - ex. hipnoza activ-alertă).

• *adâncirea transei A;* Se face prin sugestii specifice în scopul creşterii eficienței sugestiilor țintă.

• *evaluarea adâncimii transei* prin scale de hipnotizabilitate standardizate pentru cercetarea experimentală sau prin forme prescurtate ale acestora şi itemi specifici pentru practica clinică.

• *tehnici de hipnoterapie* în tulburări specifice sau cercetare experimentală.

• *procedura de anulare a stării de transă;* Se insistă asupra faptului că orice sugestie dată sub hipnoză (exceptând sugestiile posthipnotice) trebuie anulată în cursul acestei proceduri.

• *discuții;* Se insistă asupra experiențelor pe care le-a trăit subiectul, rolului lor diagnostic şi de tratament iar apoi se programează şedințele următoare.

Toate procedurile hipnotice respectă această structură, cu mici variații; diferențele majore între diversele tehnici de inducție hipnotică constau nu în structura acestora, ci în conținutul lor.

(2) *Atitudinea pozitivă spre hipnoză (vezi capitolul 18 pentru detalii),* motivația de a fi hipnotizat şi stimularea capacităților imagistice ale subiectului se realizează prin sarcina de supramotivare.

(3) *Sugestia* este o componentă fundamentală a acestei perspective astfel că ea este abordată detaliat în cele ce urmează. Sugestia o definim ca un stimul ce urmăreşte declanşarea unui răspuns (comportamentul A) cognitiv, comportamental şi/sau fiziologic prin amorsarea unor procese informaționale țintă. Pentru a considera un stimul - sugestie şi un răspuns - răspuns sugerat, trebuie îndeplinite mai multe constrângeri. Astfel, trebuie să existe posibilitatea subiectului de a nu declanşa răspunsul sugerat (comportamentul B) iar costurile răspunsului sugerat A şi al răspunsului opus B să fie comparabile. în plus, răspunsul sugerat să fie involuntar şi conştientizat în momentul execuției, subiectul comportându-se "ca şi cum" în contextul dat aceasta ar fi singura posibilitate de răspuns. Dacă răspunsul este voluntar şi conştient, atunci vorbim despre simulare şi complianță. Dacă răspunsul este involuntar şi inconştient, atunci subiectul nu are opțiunea alternativei, deci nu discutăm despre sugestie şi sugestibilitate. Extinzând această idee, prelucrările inconştiente de informație (ex. în procesul de atribuire, evaluare etc.) nu trebuie incluse în domeniul sugestiei şi sugestibilității, modul lor de funcționare excluzând din start opțiunea alternativei şi posibilitatea subiectului de a se comporta "ca şi cum" doar răspunsul sugerat este posibil. Cred că este mai pragmatic să separăm cele două domenii în beneficiul rigorii studiului lor, rămânând deschisă însă posibilitatea de a găsi mecanisme comune şi analoge.

Dacă aceste constrângeri nu sunt satisfăcute, nu putem vorbi des sugestie, ci eventual despre comandă, constrângere sau cerere. în funcție tipul de sugestie, avem mai multe tipuri de sugestibilitate (sugestibilitatea e eticheta lingvistică pentru răspunsurile vizate de stimulul sugestie).

(1) Sugestibilitate motorie (primară) - când stimulul suges urmăreşte direct sau indirect declanşarea unui răspuns motor.

(2) Sugestibilitate senzorială (secundară) - când stimulul suges' urmăreşte direct sau indirect declanşarea unui răspuns senzorial şi fiziologic.

(3) Sugestibilitatea cognitivă sau terțiară - când stimulul sugestid vizează declanşarea unei modificări la nivel cognitiv (ex. memorie, gândire); în acest caz dacă stimulul sugestiv apare sub forme unei întrebări sugestiv-cognitive, se numeşte sugestibilitate interogativă.

(4) Sugestibilitatea de tip placebo; In acest caz un agent chimic! inactiv sau nespecific determină modificări la nivel biologic asemănătoare celor determinate de un agent chimic activ sau specific. Mecanismul presupus aici este cel al expectanțelor pe care le are subiectul vizavi de acțiunea agentului chimic.

(5) Sugestibilitatea de tip hipnotic. Ea se referă la evaluarea sugestibilității după o procedură de inducție hipnotică. Sugestiile hipnotice se clasifică în trei categorii: (1) sugestii de inducție şi deinducție hipnotică; (2) sugestii date în cadrul hipnozei pentru evaluarea hipnotizabilității sau în scop terapeutic şi (3) sugestii posthipnotice.

Cele mai studiate tipuri de sugestibilitate sunt: sugestibilitatea motorie directă, sugestibilitatea senzorială indirectă, sugestibilitatea placebo, sugestibilitatea hipnotică şi sugestibilitatea interogativă. Cercetările au arătat ferm următoarele:

* aceste tipuri de sugestibilitate nu corelează puternic între ele;

* cu hipnotizabilitatea cel mai puternic corelează sugestibilitatea motorie directă.

Urmează ca cercetările viitoare să clarifice şi să detalieze mecanismele şi relațiile reciproce ale sugestiei şi hipnozei.

Sugestia/sugestiile stimul, pentru a fi eficace, trebuie să îndeplinească o serie de constrângeri.

(!) Să fie simplă şi concisă.

Corect: Mâna dreaptă este grea.

Incorect: Parte de sus a corpului şi capul este grea şi relaxată ca o bucată de plumb sau ca o bară de fier.

(2) Să fie repetată.

* simplu: Brațul drept e greu. Brațul drept e greu.

* parafrazat: Brațul drept e greu, o greutate plăcută cuprinde brațul drept, brațul drept e greu ca de plumb.

* sinonim: Brațul drept e greu, brațul drept e ca de plumb.

(3) Să fie credibilă şi dezirabilă.

Corect: O energie plăcută şi reconfortantă te cuprinde... Te simți tot aj refăcut... tot mai energizat şi puternic.

Incorect: O energie plăcută te cuprinde. Te simți puternic, tot mai puternic. •• eşti cel mai puternic om.

(4) Să fie încadrată temporal: ex.: "acum", "în scurt timp", "când voi ajunge la 10" etc.

Corect: Eşti calm, relaxat (implicit acum). Când voi ajunge la 10 vei fi într-o stare adâncă de relaxare.

Incorect: Vei fi calm şi relaxat. Vei fi într-o stare adâncă de relaxare.

(5) Pe cât posibil să nu fie ambiguă.

Corect: Mâine la concurs vei alerga ca o căprioară, vei alerga la maximum capacității tale, vei da tot ce poți.

Incorect: Mâine la concurs vei alerga ca o căprioară.

(6) Pe cât posibil, sugestia să fie bine țintită, să vizeze o problemă şi nu două sau trei simultan.

Corect: Brațul drept este greu. Respirația este adâncă, liniştită. Incorect: Brațul drept şi picioarele sunt grele, iar respirația şi relaxarea sunt adânci şi liniştitoare.

(7) Dacă problema țintă vizată de sugestie este prea complexă, atunci ea se sparge în probleme mai simple.

Corect: Mâine la concurs vei fi în formă... vei alerga la maximum capacității tale... orice sentiment neplăcut de anxietate va dispărea. Incorect: Mâine la concurs vei fi cel mai bun.

(8) Să fie formulate în termeni pozitivi.

Corect: Sunt calm, relaxat.

Alerg din ce în ce mai mult.

Fumez din ce în ce mai puțin.

Incorect: Nu mai sunt tensionat.

Fac sport, nu fumez.

(9) La începutul inducției, sugestiile care vizează relaxarea să nu amorseze gânduri sau imagini prea bogate sau prea vii; acestea pot fi uneori anxiogene, interferând cu relaxarea.

(10) Pe parcursul inducției, sugestiile să fie dublate de un conținut imagistic care le poate potența efectul.

Indicat: Imaginează-ți realmente cum brațul drept e rigid ca o bară de oțel.

Contraindicat: Brațul e rigid.

(11) Sugestiile să fie formulate cu o voce hipnotică. O voce hipnotică se caracterizează prin faptul că:

• este monotonă sau ritmică, uşor mai gravă decât vocea pe care o folosim în mod normal;

,,i *, 'taionează uşor cuvintele importante: "Eşti tot mai caaalm şi

'«iirează uşor ritmul la sugestiile ţintă; lo, * _ '!» raport adecvat între un ritm continuu (susţinut prin operaţii e.» if,M?J P[auze] (necesara pentru a da ocazia apariţiei răspunsului [tu]«,) ILt)

'. *bestiile pot fi directe sau indirecte.*

m Braţul drept e greu, braţul drept coboară uşor jos, tot mai Ti I -

htc:- Imaginează-ţi că pe braţul drept ţi se aşează un dicţionar mare şi greu. Braţului îi este greu să susţină dicţionarul şi coboară uşor în jos;

- în cazul utiliză-rii metaforelor.

'. *%fie aplicate în condiţii favorizante.*

^ lilstimulului-sugestie este mai eficace dacă acţionează într-un ■ ™. lipiri structurat, ambiguu, care nu impune constrângeri, dar nici [n]?; li/ident răspunsul sugerat.

Wblu, tehnicile hipmotice pot fi de două feluri:

<' *Sfdotninant autoritare:* folosesc îndeosebi sugestii directe, o ms - lj[ma]j autoritară. Ac eastă tehnică este indicată la subiecţii care se![li]n miiiv■, „ . . . [r] auto «taţii, caută autor-itatea ca mijloc de protecţie şi respecta ,,,t,i:[te]*. '«*a cotidiană (ex. militari, profesori, părinţi, leaderi etc). Este " '<şza individuala şi nu de grup.

ir.H- 5) (dominant de colaborare: foloseşte sugestii directe sau o; ,,, i '«îi monotonă, multai imaeerie. Este indicată subiecţilor creativi Şl Cft.uAiji, .•

Snşinaţie. Se poate ut îhza cu succes in grup.

hinn 'ipnoza se referă la situaţia în care hipnotizatorul şi cel năstr - - "[Blcea]Şi persoană. îim ciuda faptului că este hipnotizat, subiectul cont ° '"[n]-[a] derulării procesului hipnotic pe care îl poate monitoriza şi

comt t./'"[111]™* mizăm pe faptul că această perspectivă cognitiv-clini • [iS]* [asu]P[ra] hipnozei va genera aplicaţii de anvergură în practica ry . ^ i «cercarea de a stimula performanţele subiecţilor umani. CapiiLi liral l.mticipă şi particujanzează această perspectivă teoretică in prac1i:[ad]l[ia%]

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Baddeley, A. D. (1986). *Working Memory,* Oxford, Claredon.

Baer, D. (1987). *On the relation between fundamental and applied research.*

Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A Scientific Approach,* New-York and London: Van Nostrand Reinhold.

Barber, T. X. (1979). *Suggested Behaviour: the Trance Paradigm versus an Alternative Paradigm,* In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.). Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives, New-York, Aldine. Broadbendt, D. E. (1958). *Perception and Communication,* New-York, Pergamon. David, D. (1997). *Hipnoza văzută de un psiholog cognitivist.* Cogniţie, Creier, Comportament, nr. 1 53-67. Edmonston, W. E. *(1981). Hypnosis and Relaxation. Modern Versification of an* Old Equation, *New-York, Wiley.* Fellows, B. J. (1986). *The Concept of Trance,* In Naish, P. L. N. (1986). What is Hypnosis. Open University Press. Gauld, A. (1992). A *History ofHypnotism,* Cambridge, University Press. Gheorghiu, V. A. (1977). *Hipnoza,* Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Gorassini, J., & Spanos, N. P. (1986). A *Cognitive Skills Approach to the Successful Modification of Hypnotic Susceptibility,* Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1004-1012.

Hadley, J., & Staudacher, C. (1994). *Hypnosis for Change,* New Harbinger, S.U.A. Heap, M. (1988). *Born-again Mesmerism ?,* The Psychologist 1: 261-2. Heap, M. (1991). *Hypnotherapy,* Open University Press. Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic Susceptibility,* New-York, Harcourt, Broce & Warld. Hilgard, E. R. (1973). A *Neodissociation Interpretation ofPain Reduction in Hypnosis,* Psychological Review, 80, 396-411. Holdevici, I. (1996). *Elemente de psihoterapie.* Editura AII, Bucureşti. Jacoby, L. (1991). A *Process Dissociation Framework: Separating Automatic from Intentional Uses of Memory,* Journal of Memory and Language, 30,513-514. Janet, P. (1925). *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study,* New-York, Macmillan. Johnson, M. H. (1994). *Process of successful intenţional forgetting,* Psychological Bulletin,2,274-292 Kosslyn, M. S. (1990). *Mental Imagery,* M.I.T., Cambridge.

Kuhn, Th. (1976). *Structura revoluţiilor ştiinţifice,* Bucureşti. Editura ştiinţifică şi enciclopedică. Lewitcki, P. (1986). *Nonconscious social Information processing,* Academic Press, San Diego Marr, D. (1982). *Vision,* San-Francisco, W. H. Freeman & Company. Miclea, M. (1994). *Psihologie cognitivă,* Cluj-Napoca, Editura Gloria. Naish, L. N. (1986). *What is Hypnosis ?,* Open University Press. Nash, M. (1987). *What, if anything, is regressed about hypnotic age regression,* Psychological Bulletin, 102:44-52. Norman, D. A. (1968). *Toward a Theory of Memory and Attention,* Psychological Review, 75, 522-536. Rhue, J., Lynn, S., & Kirsch, I. (1993). *Handbook of Clinical Hypnosis,* Washington, D.C. Schacter, D. L. (1987). *Implicit Memory: History and Current Status,* Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 3,1 501-525. Singer, J. E., & Schachter, S. (1962). *Cognitive, social and psysiological determinants of emotion state,* Psychological Review, 63, 379 399. Spanos, N. P. (1971). *Goal Directed Fantasy and the Performance of Hypnotic Test Suggestions,* Psychiatry, *34, 86-96.* Treisman, A. M. (1988). *Feature Analysis in Early Vision: Evidence from Search Asymetries,* Psychological Review, voi. 95. Udolf, R. (1987). *Handbook of Hypnosis for Professionals,* Van Nostrand Reinhold. Wagstaff, G. F. (1981). *Hypnosis, Compliance and Beliefs,* Bringhton, Harwester.

Chapterll

HYPNOSIS AND OPERAŢIONAL READINESS THEORY. AN INFORMATION PROCESSING ACCOUNT

-DanDAVID-

Capitolul 11 este intitulat "Hipnoza din perspectiva teoriei deschiderii operaţionale: o abordare cognitivă". In acest capitol prezentăm teoria deschiderii operaţionale asupra hipnozei şi rezultatele experimentale care o susţin, precum şi relaţia acesteia cu mai clasicele teorii neodisociaţioniste şi cognitiv-sociale asupra hipnozei.

Cuvinte cheie: hipnoză, teoria deschiderii operaţionale, hipnoterapie.

Keywords: hypnosis, operaţional readiness theory, hypnotherapy.

1. INTRODUCTION

This chapter presents a framework based on cognitive psychology for understanding hypnosis and hypnotic phenomena. Our previous work (chapter X) was only a research program for integrating hypnosis into the main stream of modern cognitive psychology with no references to a certain cognitive theory of hypnotic phenomena and to certain cognitive mechanisms of hypnosis. We simply militated for hypnosis to be penetrated by cognitive psychology by injecting more fundamental research of cognitive psychology in the field of hypnosis. It was our hope that this enterprise would clarify many mechanisms of hypnotic phenomena and it would increase the pragmatical impact of hypnosis.

This article is an updated development of our previous work (David, 1997) meanwhile presenting in details our ***Operaţional Readiness Theory*** on hypnosis, its theoretical and practicai implications, and also its relations with the well-known neodissociation theory and response-expectancy theory that

nowadays, dominate and guide the fundamental and applied research cm hypnosis.

2. A BIT OF HISTORY

We will briefly describe the historical development of hypnosis. will be based on an excellent and comprehensive review of hypnos historical development (Spanos and Chaves, 1992) published in a classii book "Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives" edited b Lynn and Rhue (1992).

An honest review of all psychological healing techniques proves th~ hypnosis has been practiced, even if under many different labels, since t' dawn of history. Nowadays, hypnosis is a respectable scientifi psychotherapeutic technique being largely implemented in psychotherapeuti and residency programs.

2.1. Hypnosis from ancient times to the the mid-1700s

Probably the first hypnotist was Lord God. Genesis 2:21-22 contains what some people claim is the earliest recorded description of the hypnoanestesia (Udolf, 1987): "And Lord God caused a deep sleep to fall upon Adam; and he took one of his ribs, and closed up the flesh instead thereof; and from the rib, which Lord God had taken from man, made he a women".

After that "God teaches his sons" the ancient Chinese, Indians, Persians, Egyptians, Hebrews, Greeks, Romans and others - "specially (even later) his beloved son Jesus"- to do the same thing. As a consequence, more than 4.000 years ago Assyro-Babylonian physician-priests and Egyptian priests used exorcist-hypnotic methods to destroy the demons responsible for illness.

Others, as the Hebrew, used for the same purpose magical rites invoking monotheistic God with prayers and mercy. In the Talmud, *Kavanah* supposes relaxation and concentration enhanced by accompanying chanting, breathing exercises, fixation on the letters in the Jewish alphabet that God spelled etc. All these methods are similar to the practice of Yoga, Taoism (see early Chinese), Zen, Buddhism, Hinduism, Christian meditation including the repetitive prayers developed in the Byzantine Church.

The ancients knew the interrelated influence of mind-body, with its impact on health and illness. Hippocrates noticed that *"soul sees quite well the affections suffered by the body".* The legendary Asclepiodes alloyed pain by the stroking of his hands and the induction of sleep-like states. In other rites, the Asclepiodes priests introduced patients into the dream-healing rooms. After interpreting the dreams, they formulated the treatment consisting

mainly of vary rites and prayers. The real causes of healing in our dayterms in all these rites were relaxation, expectancies, imagery, and suggestion; nowadays we would caii it cognitive-behavioral modifications and placebo effects.

After the era of demoniacal possession (still alive in some places even nowadays) a new era began- the era of the magnetism. Starting with the observations of Petrus Pomponatius (1462-1526) the magnetic theory assumed that a subtle magnetic influence from the planets and stars affects the niind and the body. The healing could be achieved by magnets that could equilibrate the imbalance of the magnetic fluid in our body. The equilibration was most of the time preceded by a crisis expressed in motor convulsions, faint, temporal memory loss etc. *2.2. From the mid 1700s to l&h century or from mesmerism to hypnosis.*

The most prominent figure of this period was that of Franz Anton Mesmer (1734-1815). Mesmer borrowed exorcist-like techniques (e.g. touch with the hand) from Father Gassner (a classic who was a well-known authority in exorcism) and incorporated the theory and the practice of magnetism (from the work of Paracelsus and Mead) elaborating what is called animal magnetism, a cornerstone for modern psychotherapy. Animal magnetism is a property of the animal body, which makes it sensitive to universal gravitation as Mesmer said in his Ph.D. dissertation "De planetarum influxu." Using this theoretical and technical framework Mesmer achieved huge fame, treating successfully over 15.000 cases. This success decayed when a commission was set up in 1784 by the Academie des Sciences from France to investigate Mesmer's animal magnetism cures. The commission was headed by Benjamin Franklin and consisted of great personalities of that time like Lavoasier, Guillotine, Deslon etc.

The commission concluded that magnetism without imagination produced nothing. This statement reduced the influence of the mesmerism in healing processes and methods. Despite of Deslon's -a member of the commission- stating: "if the imagination is so effective why do we not use it" his question has been ignored for 200 years. However, certain Mesmer's colleagues and followers were still interested in Mesmer's work even if some of them chose another perspective.

Marquis de Puysequr (1751-1825) is the precursor of modern hypnosis. Some of his patients exhibited none of the expected convulsion or other signs of crisis; instead, they appeared to enter a state that resembled very much to what is called today hypnosis.

Jose Faria (1756-1819) assumed that the magnetizer transmitted no special fluid; instead, the stimulus for what he called "lucid sleep" comes from the subject himself.

James Braid (1795-1860) became the father of modern hypnosis when he coined what before was mesmerism, hypnosis, his theoretical model being based upon sleep and monoideism.

Other many pioneers who exposed hypnotism were: Elliotson an English physician, Esdaile who performed numerous painless surgical operations by hypnosis and so on.

Despite of the wonderful work of all these Mesmer's followers, in comparison to the golden period of hypnosis -mid XVIIIth -, from the end of the 18th century till the end of 19* century, hypnosis went into eclipse for the most part. This was because of: (1) the domination of the materialist perspective on science opposite to the subjective perspective (see the work of Newton etc); (2) the discovery of new medications useful in anesthesia so that the interest in hypnosis as pain management tool dropped dramatically; (3) the incapacity of the scientific community to offer a coherent scientific theory of hypnosis to which most of the researchers and practitioners in the field would adhere, as was the case in physics with Newton's theory.

2.3. The end of19 century to 2(f1 century

The end of the 19* century resuscitated the interest in hypnosis because of the development of two schools headed by prestigious scientists interested in hypnosis and in its therapeutical values.

Charcot headed one school at Salpetriere. His team consisted of other prestigious scientists like Pierre Janet, Alfred Binet and Joseph Babinsky and, for a short period of time, Sigmund Freud. For Charcot and his collaborators, both hysteria and hypnosis involved an underlying neuropathy that, in interaction with a trauma or a hypnotic induction, could generate funcțional anomalies met both in hysteria and hypnosis.

Bernheim, a student of Liebeault, headed other school at Nancy. Bernheim and his team conceptualized hypnosis not as an altered state of the organism as Charcot did, but as a heightened suggestibility normal state due to the hypnotic induction procedure.

In this battle the Nancy school won and so far, hypnosis continues to be considered a state of increased suggestibility. However, this was only the beginning because a new battle started concerning the cause of this heightened suggestibility, a battle continuing nowadays.

Sigmund Freud made the first attempt to explain increased suggestibility: hypnotic subjects are hypersuggestible because of the regression. Under hypnosis, subjects repeat with the hypnotist early infantile

ways °f relating to objects, involving passivity, compliance, submission, and surrender. This theory was not developed in details because, shortly after that, Freud elaborated psychoanalysis and his interest in hypnosis dropped. For Freud thought hypnosis just hid the symptoms without solving their causes as psychoanalysis did.

Therefore, hypnosis went again into eclipse. Janet, one of the three great psychotherapists of this period (the other two were Freud and Deslon), although maintaining hypnosis alive in his clinical practice, stated that: "hypnosis is quite dead until the day of its resurrection."

The causes of the eclipse of hypnosis were: (1) Freud, one of the few great personality that argued for psychological causes of mental and somatic disorders in an era of "physic causes," gave up hypnosis developing his own therapeutic approach-psychoanalysis; (2) hypnosis was presented with an exaggerated optimism. Charcot claimed that he obtained success with hypnosis in over 90% of cases. When other practitioners tried hypnosis in their practice and did not obtained success in as many cases as predicted, they gave up hypnosis trying other therapeutical techniques; (3) once again, the scientific community did not succeed in offering a rigorous theory of hypnosis, so that many charlatans and fake theories appeared.

The development of behaviorism at the beginning of the 20* century also contributed to this decrease of interest in hypnosis considered too mentalistic and difficult to be studied objectively. Anyway, in this period of eclipse, even marginally, some researches on hypnosis were done by researchers like Pavlov, Platonov, Huli etc. These researches even marginally, maintained the interest in hypnosis and even generated powerful theories of hypnotic phenomena. For example, Pavlov considered that hypnosis implied the same mechanism as sleep and could be explained by the concept of parțial inhibition of the neural cortex. Huli and Wolberg developed hypnosis mainly at methodological and practicai level maintaining its impact on therapy and research.

The birth of cognitive psychology in the mid 20* century resuscitated the interest in mental factors, neglected by the behaviorism, and of course in hypnosis. Nowadays there are two main paradigms of hypnosis: (1) trance paradigm; (2) cognitive-behavioral paradigm. They will be detailed further on.

In conclusion, analyzing the history of hypnosis we could say that hypnosis is damned to repeat its history in a quite perfect manner: golden period in mid / end 18* century, obscurity until the mid / end 19* century, golden period in mid / end 19* century, obscurity until the mid / end 20 century, golden period mid / end 20* century. What will happen in the future? One can notice that each obscurity period was followed by a golden period that was characterized by strong dispute on the mechanisms of hypnosis.

Researchers did not succeed in offering a coherent perspective on hypnosis as would require a scientific paradigm according to Kuhn (1976) but only fractionated and unconciliable theories (as it happen in a paradigmatic period of science) and as a consequence the interest in hypnosis dropped. What will happen in the future depends on our capacity to integrate and conciliate in a coherent perspective the two present dominant paradigms on hypnosis: cognitive-behavior and transe-trait paradigms.

Our hope is that cognitive perspective on psychology is a rigorous paradigm mature enough to offer a coherent perspective on hypnosis. Meanwhile, hypnosis must be seriously penetrated by fundamental research of experimental cognitive psychology; otherwise we will wait another 100 years for a new golden period (sic!).

3. HYPNOSIS AS THE COGNITIVE PSYCHOLOGIST VIEWS IT

Hypnosis is a social interaction in which one person (the hypnotist) offers suggestions to another person (the subject) for subjective, cognitive, behavioral and physiological modifications.

As mentioned in chapter XX, there are two main paradigms regarding hypnosis: (1) classic or trance paradigm; (2) cognitive-behavioral paradigm including social factors.

3.1. Trance Paradigm

Trance Paradigm has the next fundamental assumptions:

- hypnotic induction procedure is a necessary condition for generating hypnotic phenomena;
- hypnotic susceptibility is conceptualized as a relatively stable traitlike attribute;
- trance is a state of dissociation of consciousness, and this dissociation might explain hypnotic phenomena (hypnotic amnesia, arm catalepsy, hypnotic dream etc).

The well-known theories of hypnosis, which have fheir background in trance paradigm, are (Lynn and Rhue, 1992):

1. Neodissociation perspective (Hilgard, Bower, Kihlstrom, Evans etc);
2. Psychological regression theory (Nash, From etc);
3. Anesis theory or hypnosis as relaxation (Edmonston).

Among these theories, the most influential is the neodissociation theory that guides and stimulates research in the field, so it will be described in details as follows. Regarding the other two theories, regression and anesis,

they are in obvious regress (but see the idea of primary versus secondary processes in hypnosis, Nash, 1988), their impact on research and practice being low. Anyway, they could be interesting to be studied from a historical perspective because of their background in earlier theories of hypnosis (see Freud's perspective for psychological regression theory and Pavlov's perspectives for anesis theory).

3.1.1. Neodissociation theory ***(Hilgard, 1965,1973,1992).***

Neodissociation perspective is one of the most dominant contemporary theories in classical trance paradigm. The neodissociation theory has its background in the work of Pierre Janet (1925) and his classic dissociation theory. According to Janet, dissociation is a defensive process in which memories are split off and kept unintegrated, generating funcțional anomalies of hysteria and hypnosis. Both hysteria and hypnosis involve an underlying neuropathy. The interaction between psychic trauma and hypnotic induction procedure on one hand, and neuropathy on the other hand, generates dissociation that explains both funcțional anomalies of hysteria and hypnosis phenomena.

The use of term "neodissociation theory" has been selected by Hilgard to indicate that although the historical background is the classical dissociation theory, the modern theory does not adhere to the same assumptions as the older theory did, tying dissociation to psycho and neuropathological conditions.

Neodissociation theory assumes that there are multiple cognitive systems, each of which has some degree of autonomy, or cognitive structures in hierarchical arrangement under the control of an "executive ego". The executive ego plâns and monitors the function of all cognitive systems of personality. Under hypnosis, because of the hypnotic induction procedure, a disruption of the link between the cognitive system and the executive ego is produced and the disruption generates dissociative experiences. The hypnotist influences the hypnotic responses (a cognitive system) by the agency of the executive ego but an amnesic barrier alters reciprocal awareness between the executive ego and the cognitive system. The hypnotized subject may be unaware of the dissociated cognitive system that generates a certain response or he may be aware of it but perceives the response as being involuntary (see fig.l).

In short, according to the neodissociation theory, hypnotic responses occur when the part of the person that responds to suggestions (cognitive system) is partially split off from the part associated with consciousness (executive ego). Moreover, an amnesic barrier prevents the executive ego from gaining direct (verbal) access to the information in the dissociated cognitive system. Anyway, the executive ego does not transfer all its

prerogatives to the hypnotist. A part of it -a hidden part- remains aware of what is happening by monitoring the activity of the cognitive systems Accessed by indirect techniques (automatic writing, talking etc.) under hypnosis the hidden part could report the information, which belongs to the dissociated cognitive system.

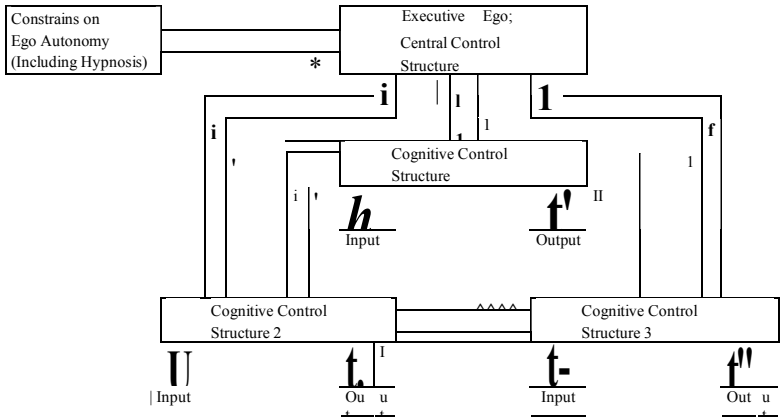


Figure 1. *Neodissociation theory* (after Hilgard, 1992).

Recently Bowers (1994) proposed a revised neodissociation theory. In the revised neodissociation theory, the role of the executive ego is minimized. The hypnotist could directly influence the cognitive systems as the executive is disengaged. According to this dissociated control theory, there is no need for attentional resources to generate hypnotic responses. Conversely, according to the neodissociation theory, attentional resources are necessary because in fact the hypnotist does not directly influence the cognitive systems but he does so through the executive ego of the subject, even if, because of the amnesic barrier, the executive ego is not aware of his influence.

More than that, according to Bowers' dissociated control theory, the presence of an amnesic barrier is not necessary for explaining the involuntarity of hypnotic responses as these responses are not initiated by the executive ego. Even so, a part of the executive ego remains as a hidden observer to monitor the activity of the cognitive systems.

So far, the experimental results support partially both forms of neodissociation theory. Dissociated control theory explains the involuntary hypnotic responses of one subset of highly hypnotizable subjects who are also high dissociators. Neodissociation theory predicts better the hypnotic responses of one subset of highly hypnotizable subjects but low dissociators

,£:no and Council, preprint). So that, depending on the characteristics of the biects (ex dissociation ability), both theories could engage valid echanisms of hypnotic phenomena.

, 2 *Cognitive-Behavior Paradigm*

Cognitive behavioral paradigm has the next assumptions:

, hypnotic induction procedure is not a necessary condition for generating hypnotic phenomena. It can be reduced to a motivational task. Therefore, those hypnotic phenomena require either an induction procedure or a motivational task. Analyzing induction, Barber (1969, 1979) identified the following factors: (1) subjects are motivated to respond to suggestions; (2) subjects are told that it will be easy to respond to suggestions; (3) suggestions of drowsiness, eye closure, and sleep are made; (4) the situation is defined as hypnosis by the subject. The first two factors form what Barber called motivational task and only they are necessary for generating hypnotic phenomena;

- hypnotic susceptibility involves a relatively modifiable interrelated set of social-cognitive skills and attitudes (Spanos, 1971; Gorassini and Spanos, 1986; -see fig. 3);
- trance is a state of dissociation of the consciousness but the dissociation does not explain hypnotic phenomena. Dissociation itself is a hypnotic phenomenon that requires explanation. So that, the neodissociation theory elaborated by Hilgard is a descriptive theory not an explanatory one. Used as an explanatory theory it becomes a tautology. Another problem with the neodissociation theory is that it requires the occurrence of selective amnesia for explaining or describing hypnotic phenomena (see 3. 1.1.). However, selective amnesia is a difficult response and spontaneous amnesia is even less common (Kirsch and Lynn, 1997). So that there is the unappealing idea of attempting to explain routine hypnotic phenomena in terms of an unusual one-hypnotic amnesia-. More than that, both neodissociation theory and dissociated control assume the existence of many cognitive systems that generate the hypnotic responses; but it is not clear at all how many cognitive systems exist and how we could identify them in order to be studied. In addition, these two theories of hypnosis can not explain self-hypnosis that is a routine phenomenon. Therefore, an explanatory theory of hypnosis must be elaborated; this is the main concern and interest of cognitive-behavior paradigm of hypnosis.

Barber (1969, 1979) made a distinction between trance A and trance B. Trance A is the result of an induction procedure and trance B is the result of the specific suggestions following a motivational task. However, he stuck to the idea that trance A is not necessary for hypnotic phenomena.

The well-known theories of hypnosis that have their background in cognitive-behavior paradigm are (Lynn and Rhue, 1992):

1. Response expectancy theory (Kirch, Lynn);
2. Role theory (Sarbin, Coe);
3. Sociocognitive perspective (Barber, Spanos);
4. A non state socio-cognitive perspective (Wagstaff);
5. The ecosystemic theory (Fourie).

Among these theories, response expectancy theory has received good experimental support integrating also the valid assumptions of the other cognitive behavioral theories in an integrative model. This is the reason why we present this theory in details as follows.

3.2.1. Response expectancies theory (Kirsch and Lynn, 1997).

According to Response Expectancies Theory, experiences of volition and involuntariness in and out of hypnosis are constructions or interpretations. They are possible because of the high degree of automaticity that is a characteristic of all complex behaviors, including routinized and novei behavior. The triggering of both the behaviors and the sensations are possible by (1) an intentionally adopted plan-in case of routinized responses and (2) the elaboration of a specific or generalized response expectancy - in case of a novei behavior. Response expectancy is a cognitive set which serves to respond appropriately to suggestions and it is functionally equivalent to implementation intentions assuming the form, "emit response X when situation Y is encountered". Implementation intention leads to the automatic initiation of the intended response (X) when the appropriate situational cues are met (Y). The classification of a response set as either expectancy or an intention and the experience of the response as volitional or nonvolitional depend on the interpretations derived from instructional cues and prior beliefs. If the response is interpreted as volitional, the set is an intention. If the response is interpreted as nonvolitional, -the set is expectancy. Consequently, hypnotic behavior is automatic either because it is an expression of specific and/or generalized response expectancies, or it is a routinized behavior in an intentionally adopted plan. In both cases, because most of the people enter the hypnotic situations to experience the behaviors as nonvolitional, the response set will be classified as expectancy and the experience will be of involuntariness. If people did noț enter the hypnotic situation with that expectancy, than the response sets would be classified as intended. In other words, most of our behaviors, both routinized and novei, are generated automatically. If the automatically- generated behavior is interpreted to be nonvolitional (because of wording suggestions, beliefs and expectancies of the subjects etc.) the experience will be of involuntariness. If the automatically generated behavior is interpreted to be volitional (because it

■ ,,oai-directed and was preceded by the formation of a conscious intention) .

^experience will be of voluntariness. j 3. *New tendencies and a short summary*

Beside these two paradigms on hypnosis one might argue that there is another paradigm, a clinical one, encompassing theories as (1) Ericksonian perspective on hypnosis (Erickson, Rossi); (2) Locksmith model (Joseph, Barber). In fact, these two perspectives are not theories because they are not well theoretically articulated and it is too much to say they constitute a clinical paradigm. Therefore, they could be included ontologically in the trance paradigm not as theories but as models on hypnosis.

In conclusion, these two paradigms (trance and cognitive paradigm) have a great impact on contemporary research on hypnosis in a similar way. However, during the past few years, as a results of the development of cognitive psychology, cognitive-behavior paradigm on hypnosis started to be penetrated and injected with fundamental research from cognitive psychology, generating what we would caii modern cognitive-behavior paradigm. This fact gave a slight advantage to cognitive-behavioral paradigm in comparison to the trance paradigm, although trance paradigm is still quite influenți al. *3.4. New contemporary perspectives*

Although cognitive-behavioral perspective is the dominant one, neodissociation theory is still very influential. Despite numerous tendencies to unify these two perspectives, there is a huge gap between them. The well-known integrative perspectives are (Lynn and Rhue, 1992):

1. a synergic model of hypnosis (Nadon, Laurence, Perry);
2. the contextual model (Sheenan);
3. the constructivist model (Mc Cankey);
4. the social-psychobiological model (Banyai).

However, these integrative perspectives are too weak and in addition too conciliant trying to save both neodissociation and cognitive-behavioral theories. They lack a very clear ontology. On the other hand, ontology gives the epistemology. Therefore, we believe they have no future. The integrative perspective is more likely to appear in one of the two paradigms when an experimentally rigorous theory explains the fundamentals of hypnosis in an elegant, simple and experimentally verified way as response expectancy theory could be.

Our perspective to be presented as follows tends to be an integrative one with a very clear ontology based on cognitive perspective on hypnosis. More

than that, in elaborating our cognitive perspective on hyp«™s *e used as intellectual tools the Occam's răzor and tiie acid ^f^f^!
starting from the fundamental '™?£«*ZfJ^ pomt of our expectancy theory which îs, in fact, the core and stamng *J* operațional read.ness theory. In addition, we included recent dcvdopn^te» cognitive psychology (e.g. connectionist modehng ^autom « cept etc) and past research of social-cogmtive theory of hypnosis (Barber, 1969, 1979, Spanos, 1971 etc.)

4. OPERAȚIONAL READINESS THEORY 1

4.1. Basic assumptions about hypnosis

1. The domain of hypnos$_{1S}$ can be delineated. As *Wf^^^4* would appear to be unwise to device a theory ^^°m^ ^$_h$*Zos* well recognized to fit into a common category, The « ° $_{£}$f $^{pn∘S}$ consists of phenomena well described in hypnotic susceptibility scates
2. Even if each hypnotic phenomenon may, and in fact requ« ^tere explanations (e.g. hypnotic amnes.a in companson to arm lowermg- ee also apter X) *Lî* is something common to all hypnotic phenomeni th common factor could justify a theory of hypnosis. This common ctor ^ subjective experience of involuntariness of eac ' g^rated hypno c r^o" that is viewed by many as the decisive test of whether a response is genuine y
f S^eltTnd suggestibility are important mechamsms of hypnotic
$^{r}4^{eSP}$HyTnosis i» a techmque by which one generates ^"Jg£ cognitive, behavioral and biological/physiological responses that constitu the domain of hypnosis. t m
5. Neodissociation theory and cognitive-behavior theone «« ^ opposition. They have different purposes and ^ «^,f*2»«3 Neodissociation theory is a descriptive one about the subject ■ «J«JS3 the subjective level. Cogniti ve-behavioral theory is an exp ana o y one^a mmg at the events occurring at cognitive, behavioral and *toṬ****^^ the dissociation experienced by the subject at ^J^^^ words, the experience at the subjective level (described by the ^™°*£™ theory) is seen as a consequence of the interact.on between cognitive behavior and physiological levels, interaction described and explained by the cognitive theory of emotion (Singer and Schachter, 1962).

Kpina is getierated by '»^{w} -$_{d}$

^{C}«"V^{sral} $_{oU'}$ Tand ca» be inhibai». e<ci«w« « *£a.tem of

Sdiness- Operațional^ne responses (in $_{c}$ase of ac« .^.^
$_{sV}$stem to generate .»J"^{C} $_{classe}$s of responses, (m ca* ^ $_{an}$
Svated mental £>£££ $_{W1}$th certam «orft If a smn^
mental sets) m he nteraC ^^ $_{jj}$^ p ^ ^
Tcuvated mental set the | $_{is\ becau}$se the actwated rn^nt ^^
voluntary Ş-J^^^-c» $_{for\ stim}$ulus processing
require additional attention $_{inv0}$luntary the
—^ tnore activat £-J^.ftŞ. ^^
generate* respon*^
inhibited mental et, he gp ^ $_{ultes\ mo}$re
$_{Ihis\ Sb}$rToctsint-d response generatior, for
stimulus processing

ronstraints on our
Theenvironment $_{aul}$omatically imposes co $_{labo}$rated m
The environment au ^^ $_{Q}$ *mjer* iaught
$_{lnfo}$rmation proces ^n^ our $_{ontogene}$e*c d^gj^ example, in
our ontogenetic JitJ^l ***$_{is\ not\ to}$^^C read, wnte, leam etc
what "is permitted" to do an $_{Q}$ $_{tted}$ to reaa, ^ $_{flOr}$
aclasstoom^^^^ $_{respo}$iv$_{S}$es ^jJJ&e the menta
(we have *e mental sets t ^ ^ $_{(\ st}$ rf us and
permitted" to dnnk ***, «*»*i* ^ $_{inVagine\ we}$ are m ^ and
sets for these.«*^S aparagraptah, abook.This* Q .^ $_{d}$
the teacher «qiuresjMJ read P ^ $_{att£ntional}$ resource^^ ^ $_{t,\ t}$
our response wou ^ ^ $_{becau}$se of its acttvated & t r
and experienced quxte înv ^ $_{clasawll}$ and, whije ^ a
context. Now iiMf^{6}^ $_{me\ t0}$ undress, sit up on.the^ $_{tural\cdot\ If}$ I
$_{the}$ teacher suddenyg^S $_{an}$d I .Ould fmd this acti song. I would
teei

decide to act like this, I will experience it as requiring voluntary effort and control because of its inhibited mental set in that context.

The executive ego

The importance of planning was brought to attention in a book of Miller, Galantes and Pribram titled "Plans and the structure of Behavior", written in 1960. The human being is not only respondent to stimuli but has plâns and intentions understood as a conscious decision to execute a response in specified environmental circumstances. In modern cognitive psychology, the nature of the executive ego as a cognitive structure that generates plâns and intentions is understood as interrelated knowledge (or mental sets) about us and our past, present, and future experiences. The intentions and the plâns generated by the executive ego irapose constraints on our information processing, generating a certain operațional readiness for acting according to our intentions. According to Golbruitzer (1993), implementation of intentions links anticipated situations to intended responses in the sense of "when X occurs, TU execute Y". This kind of intention has been demonstrated to lead to the automatic initiation of the intended behavior when the situation specified in the implementation intention is encountered. The concept is important here because it allows us to understand that even the initiation of a novei behavior is associated with involuntary processes and not just the initiation of a behavior that has been habitualized by frequent and consistent pairing of a given situation with a specific behavior.

The role ofhypnosis

Generally speaking, hypnosis, more precisely hypnotic induction procedures reduce the constraints imposed on our information processing by environment and executive ego, generating this way a larger operațional readiness that could sustain a large spectrum of responses.

The reduction of the executive ego constraints

Instead of forming intentions for specific responses, hypnotized subjects delegate some control of their responses to the hypnotist so that the executive ego does not impose constraints on their information processing, generating this way a larger operațional readiness (or in connexionist terms - a relaxation of the network). By a larger operațional readiness, I mean that:

1. there aren't many inhibited mental sets so that more behaviors are possible to be experienced more involuntarily;
2. most of the mental sets are deactivated or have a rest of activation;
3. there are a few activated mental sets that correspond to the subject's expectancies about what is going to happen under hypnosis. Anyway, being infrequent mental sets (e.g. hand lifting), they aren't generally

connected with other mental sets by an inhibitive or excitative link but mainly a neutral one so that they do not interfere with the functioning of the other mental sets.

When a stimulus (e.g. a suggestion) fits this kind of mental set (activated or deactivated but not inhibited) in a relaxed network, few repetitions of a stimulus will be enough to activate the mental set in order to generate a certain response. It isn't necessary to allocate many attentional resources to activate the mental set because there isn't a strong inhibition of the other mental sets, deactivated themselves. More than that, in hypnosis various instructions often precede the suggestions. The instructions could manipulate the operațional readiness so that the mental set of the next suggested response is activated and the suggested response will be experienced involuntarily. For example, before we suggest to our subject that he can hear the sounds of the waves he may be introduced to imagine himself near the sea, lying on the warm sand, he can see the blue color of the sky etc. This instruction will activate the knowledge about the sounds of the waves. After this mental set is activated, the suggestion that he hears the sounds of the waves could be very real even if the subject is in the classroom, 200 miles from the sea.

In the reduction of the executive ego constraints, very important roles have (1) the positive attitudes of the subjects toward hypnotist and hypnosis and also toward being hypnotized; (2) a high motivation to be hypnotized. If these two conditions are met, then the subject will give up forming intentions himself, delegating some control of his responses to the hypnotist.

The reduction of the environmental constraints

The reduction of the environmental constraints has the same effect as the reduction of the executive ego-constraints: a larger operațional readiness. The reduction of the environmental constraints could affect operațional readiness directly or indirectly (by influencing the activity of the executive ego, in fact, reducing the executive ego constraints -see for example the phenomenon of depersonalization in subjects isolated from environment). So that a larger operațional readiness could be achieved by reducing the environmental constraints. Hypnotic induction procedure has this mission. It is realized by:

1. making hypnosis in a quiet place (no many environment stimulation);
2. asking the subject to find a comfortable position (no many proprioceptive stimulation);
3. asking the subject to close his eyes (no many environmental stimulation);
4. teaching the subject not to attend to environmental stimuli by using his inhibitory resources, but to focus his attentional resources on certain internai or externai stimulus (it will generate no many information processing of the environment stimuli and stimulating the habituation);

,,ng sleep, relaxation or alertness Suggestions (it will generate no /jflg OI tne environment, but of a quite limited class of stimuli that *JP.* t, and specific effect on °Ur mental sets-there is a neutral P (ton with most of our mental sets).

4.3. ypnosis is a technique in which ^ hypnotjc (sdf) induction ane creates a large operational rea<iriess reducing the constraints of *r^J/TtJZ* executive ^o on <% information processing. Then, K? ; or, , and repeat6d SU8 &stions, involuntary subjective, the ^ehavioral and psychological modlfications are generated. Hypnotic ,L/ ire eXperie„ced as involuntary because> by various instructions *Tefiff rL?* repeated SU8 ons upon a large operational esp . one actovates a certain mental se that wi,, subsequentlv generate ^J^IIT"* attentional resou^s) in conjunction with specific read V *f* an involuntary experience. ** *to* interpret the ambiguous sugg* ******** «hJ/fTlS"? deteCtion theory -^h, 1986). If we have activated a *on iJl 1L* '' thC hyPnotiSt Says -*y*°™ arm is lightly goingup-1 iCl 3nd h WH go UP" ** * ambiguous stimulus inhand 3WTSS movements) could be interpreted as a sensation of wdlt^nd elevation of the hand. So that the activated mental sets, or in £h//S T. in60!"110165, aC the fond^ental factor explaining the core *ZTi, IZ* UntamCSS of hyPno«c phenomena Other factors *TJf-* ™ h^P L °r imagination etc.) could probably only modulate JlfelctaSei^1 ^^ ^ SSProbab1^ to produce hypnotic responses

»L»:r f *i* wii"'|,e,ory—l fundamental assumPtion of Kirsch and Lynn (1997) Vff soc/? ^ t?56^11 e exPectancy theory but *hf* new ideas that could O' reduction of the environmental constraints;

1 ?? is ly? of *e mechanis^ responsible for the activafon of /1H LVI"" YSSnegJCCted m Wh and Lynn's theory, beyond *m* n» rie * S ConCept of "general*ed and specific implementation kledW ? nCeptS of °Peratlonal readiness. Various instructions v^ieated *yCZlZ^T** n0t only "* ^rpreted as voluntary but in fact, ■ *fJnccttt* ntary bCCaUSethei, equire many a ential« al resources to be performed. In JV ^ words, beha^v10rs can be generated both voluntarily and

or

we ust lw, "

i4W Ucation forf^e

* ' .,.. r,,nHamental assu

^«ss *«"» "■ ' ;e,,ul «pfort. «e « ready .o respon ,ixed Ange.ou.e J** S ^ . *T/SS- s -the* wf;ould phaometa ,,f hvonouc L ^rsneific suggestions and activa ed menta ^ phenomena? Speciii condition for generating hypnotic v necessary and suftic s, see also chapter 10). ic (David, Musca a^V^ ^ ^ sets thjt^^^ 2. How could one *t^* minuX sets generating hypnotic p phenomena? The ac ,,ositive canbeproduced: (ive eg0 constraints; it *UPP°^P a) by reducmg *^ [owards hypn0tic «sp^s ^ attitudes and n** d readiness (Hilgard, 1965, generate a large opera 1"6); the environmental constraints; rt suPPoses ^ b) by reducmg *e env^ ^^^ ^ -t wU generate induction proces Did 1996); imaain mg a ope^^atrea^S setsby vane. tnstructrons fr*g ™a^ted p c) activatmg menta nmes ^ desired mental set) certain «**£££, -Plemented «^^^ X s^gesnons of b, P ,e t lwlll require you... «r formahz 1 ^ hypnosis at a m This fidonf upon a larg P readiness *^J^ attentional resources to activate the ment JJrî 1996), efficiem as hypn0Sls in B^SK 3. îs the motivattonal tas ^ task one can mampu Phenomena? ^,,^(Barbet, 1969). Our restt ts <&£ rf necessary factors oi nyn ^ ha ned only m and Vanga. in ,h h»^^^^b«^^t^^^ subjects with hign & is(desplte of not using nyP[1] environmental con b bed in gested imagmes. .^ and nr0Cedure)bybec ^)ty ^^ Certainl yes (Gorassr^ ^ T ShyP tQ6) BY manipulaung the factors and the m ^ ^ we Spanos, 1986). »> descnbed in operațional readiness ui hypnotic phenomena

5. making sleep, relaxation or alertness suggestions (it will generate no processing of the environment, but of a quite limited class of stimuli that have no clear and specific effect on our mental sets-there is a neutral connection with most of our mental sets).

4.3. Concluding remarks

Hypnosis is a technique in which by hypnotic (seif) induction procedure one creates a large operațional readiness reducing the constraints of the environment and the executive ego on our information processing. Then, by various instructions and repeated suggestions, involuntary subjective, cognitive behavioral and psychological modifications are generated. Hypnotic responses are experienced as involuntary because, by various instructions (e.g. imagination) and repeated suggestions upon a large operațional readiness, one activates a certain mental set that will subsequently generate (without requiring many attentional resources) in conjunction with specific suggestions an involuntary response. JL

More than that, the activated mental sets interpret the ambiguous stimuli in concordance with their pattern (see also the impact of expectancies on false alarms in signal detection theory-Naish, 1986). If we have activated a mental set like this "when the hypnotist says -your arm is lightly going up-1 will feel my arm light and it will go up" then an ambiguous stimulus in hand (e.g. micromuscular movements) could be interpreted as a sensation of lightness and elevation of the hand. So that the activated mental sets, or in other words our expectancies, are the fundamental factor explaining the core of hypnosis-the involuntariness of hypnotic phenomena. Other factors (relaxation for example, or imagination etc.) could probably only modulate their effectiveness but they are less probable to produce hypnotic responses without expectancies.

Our theory fits the fundamental assumption of Kirsch and Lynn (1997) socio-cognitive response expectancy theory but brings new ideas that could stimulate the future research. These developments concern:

1. the effect of the reduction of the environmental constraints;
2. a detailed analysis of the mechanisms responsible for the activation of the mental sets, analysis neglected in Kirsch and Lynn's theory, beyond Kirsch and Lynrf s concept of "generalized and specific implementation intention" (see the concepts of operațional readiness, various instructions and repeated suggestions etc);
3. some of our behaviors not only are interpreted as voluntary but in fact, they are generated voluntary because their mental sets are inhibited and in consequence, they require many attentional resources to be performed. In other words, behaviors can be generated both voluntarily and

.. , we will experience voluntariness or

, *implicat*[10"-1"J] ---------

[f0]l Which are *= fundament meMa, sets « the

„ecessary and suffoent »n lso r W)

^vid, Musca and Vangampreț £ ^

*■ *" "%££tZ 2 h se,s generai nypnohc phenomena

phenomena? Ine acuv

canbeproduced: constraints; it supposes posittve

a) by reducing the executive g responses and it will

induction procedure or om *v*

operațional readine-(Da ^996^ ^ ^

c activating menta ^e by desired mental set), repeated

certain ««"^J^toE implemented intentions (e g. under

sug gestions or by prevrou y P „ formalized "when X

h^^atncn^I^r*^- a large operational

occurs, m ^^^*i*^^Zi^r^^J^

Sr-^r^U resources to activate the mental set

(David, 1996). c „fficient as hypnosis in generating hypnotic

3. i the motivationaUask*f*<*Z££™^ one can %***»£

phenomena? It could be it by m lts (Davld, Musca

necessary fac«)rs of hypnosjs^' ^

and Vanga, in press) -gijg bec^P only in the case of

subjectswithhighim^^J^ ^^ onlv the y could reduce *e

hypnotlc md uction

environmental constrai suggested imagines.

procedure)bybecomingab,orbed_b^ ^.^ ^ „ and

2- Is »fl^«5*35S the factors and *»£%£„ S p^ena described in operattonal readiness theory

modify hypnotic responsiveness. Our DC-Carleton Skill Training Program (see chapter 18) is very successful in changing a low or medium level of hypnotic susceptibility into htgh hypnotic susceptibility; this is done' taking in account the mechanisms described in our operațional readiness theory on hypnosis.

3. Hypnotherapy; what is it and what can be done with it? Hypnotherapy refers to the use of hypnosis in clinical practice or in stimulating the performance of healthy peoplej. Hypnosis is a technique that generates specific subjective, cognitive, behavioral and physiological responses (David, 1997).

Subjective modifications refer to "I feel like" statements. Subjects describe their subjective state as " a trance like state"; "a focused attention state"; "an absorption or dissociation state"" etc. Anyway, the core of subjective modification in hypnosis that includes the mentioned statements is automaticity. Indeed, the experience of suggestion-related involuntariness-has come to be so closely related to hypnosis that it is viewed as the acid test of weather a response is genvunely hypnotic or a sham. Subjective modifications are seen in cognitive psychology as dependent variables of cognitive, behavioral and physiological interactions. As low subjective experience of automaticity under hypnosis could be explained by cognitive, behavioral and physiological factors, presented in the above mentioned operațional readiness theory, what is important to see is the practicai impact of this subjective state in clinical practice of hypnosis. We assume that hypnosis by means of its subjective state generates a new life experience for our patient. This, in turn, could (1) increase the patient's self-confidence and self-esteem; (2) increase the quality of therapist/patient relationship; (3) be a prerequisite for changes in psychotherapy.

Cognitive modifications refer to modifications at:

(1) perceptual system as positive or negative hypnotic hallucinations, hypnotic illusions etc;

(2) memory system as hypnotic amnesia, hypermnesia or age regression;

(3) thinking (see trance logic);

(4) language;

(5) imagination (see hypnotic dream).

Hypermnesia, age regression or hypnotic dream could be used for memory recover. These memories organised in an interpretation offer a coherent life history and a coherent explanation of the symptomatology, reducing the symptomatology no matter if the memories are true or false. It is useful as long as the patient considers them real memories related with his actual symptoms. Hypnotic amnesia could be used in crisis for covering traumatic

xperiences for a short period of time, until a more adequate intervention nrocedure is elaborated. Hypnotic hallucinations are used in pain reduction.

Behavior modifications refer to all behaviors enacted under hypnosis and, of course, experienced as involuntary. This, in turn, increases self-confidence of the patient in successful results because of the post-hypnotic suggestions, eliminating performance anxiety in ecological conditions.

Physiological modifications suppose either a relaxation state or an alert one. They can be used in systematic desensitization, stress-inoculation training, either as a technique or as a hypnotic emotion/mood induction technique.

More than that, hypnosis combined with other techniques (as cognitive-behavioral or dynamic-psychoanalytic) could enhance their effectiveness. In cognitive therapy for example, it would be easier to implement a new adaptive cognition on a larger operațional readiness under hypnosis than in a waken state, because the interference of past knowledge with the new one will be reduced. Before its implementation in vivo, a new behavior could be repeated under hypnosis increasing the confidence of the subject in the possibility of performing the behavior in ecological conditions. Systematic desensitization under hypnosis might generate more vivid images because of lower interference with the environment and other activated knowledge.

5. GENERAL DISCUSSIONS

Kuhn (1976) insisted the real work of science begin once a community of scientists nas adopted a paradigm. Researchers in the field of hypnosis still disagree about which paradigm to adopt, which theory provides the most accurate, consistent and productive explanation of the hypnotic phenomena mechanism.

This article was conceived primarily to present a theory of hypnosis, theory built upon the fundamental assumptions and fundamental research of experimental cognitive psychology. Our operațional readiness theory assumes that hypnosis is a technique in which by hypnotic induction procedure one creates a large operațional readiness, reducing the constraints of the environment and the executive ego on our information processing. Then, by various instructions like repeated suggestions one activates certain mental sets that will subsequently generate, in conjunction with a specific suggestion, an involuntary response at subjective, cognitive, behavioral and physiological level.

So far, some of the fundamental assumptions of the operațional readiness theory have received good experimental support but a lot of work

must be done in the future for a more detailed analysis of the theory and its predictions.

SELECTIVE REFERENCES/BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A Scientific Approach,* New-York and London: Van Nostrand Reinhold. Barber, T. X. (1979). *Suggested Behaviour: the Trance Paradigm versus an Alternative Paradigm,* In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.). Hypnosis: Developements in Research and New Perspectives, New-York, Aldine. Bowers, K. S. (1994). *On being unconsciously influenced and informed.* In K. S. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.). The unconscious reconsidered. New York: Wiley. David, D. (1996). *Hypnosis. An information processing account,* Paper presented to Romanian Academy Conference. David, D. (1997). *Hypnosis as the cognitive psychologist view it,* Cognition, Brain and Behavior, no. 1, 45-67. David, D., Musca, N., & Vanga, A. (in press). *Imagination and involuntariness of hypnotic behavior.* Fellows, B. J. (1986). *The Concept ofTrance,* In Naish, P.L.N. (1986). What is Hypnosis. Open University Press. Gorassini, J., & Spanos, N. P. (1986). *A Cognitive Skills Approach to the Successful Modification of Hypnotic Susceptibility,* Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1004-1012. Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic Susceptibility,* New-York, Harcourt, Broce & Warld. Hilgard, E. R. (1973). *A Neodissociation Interpretation ofPain Reduction in Hypnosis,* Psychological Review, 80, 396-411. Hilgard, E. R. (1992). *The Neodissociation Perspective: Hypnosis as Dissociation,* In. In Lynn, S. J. & Rhue, W. J. (1992). Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives,The Guilford Press. Janet, P. (1925). *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study,* New-York, Macmellan. King, J. B., & Council, R. J. (in press). *lntentionality during hypnosis: An ironic Process Analysis.* Kuhn, Th. (1976). *The Structure of Scientific Revolution,* Bucureşti. Lynn, S. J., & Kirsch, I. (1997J. *Hypnotic Involuntariness and the Automaticityof Everyday Life,* American Journal of Clinical Hypnosis, 40:1, July.

Lynn, S. J., & Rhue, W. J. (1992). *Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives,* The Guilford Press. pielea, M. (1994). *Cognitive Psychology.* Dacia Press, Cluj-Napoca. Nash, M. (1988). *Hypnosis: a window on regression,* Bull. Menn. Clin., 52:383-403. Naish, P. (1986). *What is hypnosisl.* Academic press, Oxford. Socolov, P. (1953) in Miclea, M. (1994). *Cognitive Psychology.* Gloria Press. Spanos, N. P. (1971). *Goal Directed Fantasy and the Performance of Hypnotic Test Suggestions,* Psychiatry, 34, 86-96. Spanos, N. P., & Chaves, P. (1992). *Views of Hypnosis in History.* In Lynn, S. J. & Rhue, W. J. (1992). Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives, The Guilford Press. Udolf, R. (1987). *Handbook of Hypnosis for Professionals,* Van Nostrand.

Capitolul 12

HIPNOTERAPIA

- Irina HOLDEVICI -

Chapter 12 entitled "Hypnotherapy" presents the general principles of hypnotherapeutic intervention in clinical practice aho insisting on detailed description of humanistic-experiential, analytical-dynamic and ericksonian hypnotic techniques, frequently used in clinical intervention.

Key words: hypnotherapy, dynamic-psychoanalytical, humanistic-experiential and ericksonian hypnotherapy.

Cuvinte cheie: *hipnoterapie, hipnoterapie umanist-experienţială, psihanalitic-dinamică şi ericksoniană.*

Situată undeva între terapiile comportamentale şi cele de orientare experimentală, hipnoterapia este psihoterapia realizată cu ajutorul hipnoze' Ea poate să îmbrace forma unei psihoterapii centrate în exclusivitate simptom, situaţie în care, în urma inducerii hipnozei se administrează formu sugestive cu caracter terapeutic, dar poate fi utilizată şi ca o psihoterapie mai mare profunzime - hipnoanaliza. Hipnoanaliza combină sugestiile terapeutice cu unele tehnici specifice psihanalizei, urmărind descoperirea conflictelor profunde care stau la baza producerii simptomelor. Deşi considerată de mulţi ca făcând parte din domeniul parapsihologiei, ştiinţa actuală a demonstrat faptul că hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conştiinţă, asemănătoare cu relaxarea sau stările meditative specifice unor culturi orientale (Yoga, Zen).

Hipnoza este definită deci de majoritatea specialiştilor ca o stare modificată de conştiinţă indusă de regulă în mod artificial. Ea este asemănătoare cu somnul, dar diferă de acesta din punct de vedere electrofiziologic (undele cerebrale din timpul hipnozei sunt unde alfa - unde specifice stării de veghe relaxată).

Hipnoza favorizează o creştere a sugestibilităţii, ca rezultat al căreia pot fi induse subiectului o serie de modificări la nivelul sensibilităţii, motricitatii, memoriei, gândirii, afectivităţii (după Weitzenhoffer, 1963).

Modificările spectaculoase ce se pot produce în timpul hipnozei stau la baza utilizării acesteia în scopuri terapeutice şi autoformative. ,

ETAPELE HIPNOTERÂPIEI

Aşa cum am arătat în lucrarea "Hipnoza şi forţele nelimitate ale psihismului uman" (Holdevici şi Vasilescu, 1991) hipnoterapia implică mai multe etape:

a. Faza de pregătire.
b. Inducţia propriu-zisă.
c. Adâncirea transei.
d. Dehipnotizarea.

A. Faza de pregătire

în această etapă i se explică subiectului în ce constă hipnoza, ce se aşteaptă de la el şi ce efecte poate avea aplicarea metodei asupra psihicului său, insistându-se asupra avantajelor pe care le are hipnoza în înlăturarea unor simptome _de care subiectul doreşte să se debaraseze. Se insistă mai ales asupra faptului că pacientul nu are de ce să se teamă şi că el va trăi o experienţă interesantă. Dacă subiectul este anxios în continuare, el trebuie interogat în legătură cu natura temerilor sale şi apoi încurajat. Astfel, de pildă, subiecţilor care se tem să nu fie manipulaţi de terapeut li se spune că ei nu-şi vor pierde starea de conştientă şi că vor putea ieşi din hipnoză oricând vor dori.

Este bine să i se ceară pacientului să rămână cât mai pasiv cu putinţă, să nu încerce în nici un fel să-1 ajute pe experimentator, dar nici să nu încerce să reziste sugestiilor terapeutului.

Trebuie să i se arate că este în interesul său să beneficieze de metodă pentru a scăpa de problemele sale, iar dacă intenţionează să nu se lase hipnotizat, este mai bine să se adreseze altui specialist.

De asemenea, se dă subiectului indicaţia de a nu-şi analiza stările, de a nu încerca să afle ce se petrece cu el, el fiind instruit să lase să se întâmple ce "trebuie să se întâmple", lăsându-se "dus" de instrucţiunile terapeutului.

Inducţia hipnotică cuprinde acele comportamente pe care i le cere hipnotizatorul subiectului la începutul şedinţei, precum şi ceea ce spune şi face hipnotizatorul. Toate tipurile de inducţie au în comun distragerea de la stimulii perturbatori externi, sugerarea relaxării şi somnolenţei, stimularea jocului liber al imaginaţiei şi concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (sau pe o parte a corpului) şi pe ceea ce spune hipnotizatorul.

în timpul inducţiei, hipnotizatorul are la dispoziţie două strategii speciale: cea a deprivării senzoriale şi cea a dezvoltării unui tip deTeîăţîe interumană specială, de tip simpatetic între terapeut şi pacient.

înainte de a trece la inducţia propriu-zisă, experimentatorul testează gradul de receptivitate la hipnoză al subiectului prin administrarea unor teste de sugestibilitate în stare de veghe.

Facem precizarea că sugestia reprezintă o incitație susceptibilă să declanşeze reacții spontane, nemediate de instanțele reflexive ale rațiunii (Gheorghiu, 1982).

în cele ce urmează, prezentăm, pentru exemplificare, câteva din cele mai cunoscute teste de sugestibilitate directe, prin care clinicienii îşi testează subiecții pentru a vedea în ce măsură ei pot beneficia de tehnica hipnozei:

Testarea oscilației corpului

Subiectului **i** se cere să stea cu spatele la experimentator şi să relaxeze toți mușchii (este indicat ca subiectul să aibă tocuri joase). Instructajul care i se administrează este următorul: "Doresc să stai în picioare, cu vârfurile apropiate. închide ochii şi relaxează-te. în câteva momente îți voi spune să-ți imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatele tău şi vei simți cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ți fie teamă, lasă-te dus. Eu voi sta în spatele tău **şi** te voi prinde... etc". Se consideră sugestibil acel subiect care are tendința de a cădea în direcția sugerată.

Testul încleştării degetelor

I se cere subiectului să-şi scoată inelele şi **i** se administrează următorul instructaj: "Doresc să prinzi degetele unele în altele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei şi strânge bine degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poți de bine. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele vei constata că degetele tale devin tot mai încleştate, tot mai bine strânse unele în altele, ca şi cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleştate, tot mai strânse, tot mai încleştate, încât nu poți să le desfaci, ți-e imposibil să le desfaci. încearcă să desfaci degetele, încearcă!... dar nu poți! Cu cât încerci mai mult să desfaci degetele, cu atât reuşeşti mai puțin... încearcă! Dar nu poți!". Cu subiecții care nu pot desface degetele sau le desfac doar parțial se poate trece la inducția hipnotică.

Catalepsia pleoapelor

Subiectului, aşezat într-o poziție comodă, i se administrează următoarele sugestii: "Doresc să închizi ochii şi să te relaxezi. Nu te teme, nu te voi hipnotiza încă. Fii atent la vocea mea şi relaxează-te, pe măsură ce te relaxezi, pleoapele tale devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei constata că ți-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. îți va fi foarte greu să deschizi ochii când îți voi spune s-o faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele şi strâns lipite. Ochii sunt atât de bine închişi încât nu-i poți deschide. încearcă să deschizi ochii. încearcă! Dar nu poți, nu poți deschide ochii...".

Ca şi în cazul celorlalte două teste de sugestibilitate, dacă subiectul are dificultăți în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun

subiect pentru hipnoză. Există în literatura de specialitate foarte multe tehnici j_e realizare a inducției hipnotice.

Ne simțim obligați să avertizăm pe cititor că utilizarea de către nespecialişti (cei care au dreptul legal de practică sunt psihologi, medici) este pedepsită prin lege. în ceea ce priveşte aplicarea acesteia de către reprezentanți ai profesiunilor amintite, pentru a obține rezultate pozitive este necesar un stagiu de învățare a tehnicii, realizat pe lângă un hipnotizator experimentat. în caz contrar, terapeutul începător fie nu obține rezultate, fie poate produce chiar unele efecte negative asupra subiecților săi.

B. ***Inducția propriu-zisă***

Starea subiectului, denumită transă hipnotică, se realizează prin procedeul denumit inducția hipnotică. Aceasta presupune concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferință strălucitor), pe un stimul monoton (pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului (de pildă, concentrarea asupra punctului situat între sprâncene), cât şi administrarea de către terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolență. Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre tehnicile de inducție hipnotică mai cunoscute. **1.** Metoda **de inducție hipnotică prin fixarea privirii** (Hartland, 1971 cit. Holdevici şi Vasilescu, 1991). I se cere subiectului să se aşeze comod pe un scaun sau fotoliu şi i se dau următoarele instrucțiuni: "Doresc să priveşti un punct din tavan, să-ți fixezi atenția asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ți-e comod să-1 priveşti. Nu-ți face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendința de a clipi. Dacă ți se întâmplă acest lucru, readu încet privirea înapoi la punctul fixat. Fixează-1 cât poți de bine. Stai relaxat. Relaxează-te şi fii atent doar la vocea mea, la ceea ce voi spune. Corpul tău se relaxează din ce în ce mai mult, tot mai mult. Pe măsură ce priveşti punctul ales şi asculți vocea mea, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, brațele, mâinile, întregul tău corp devine tot mai relaxat şi simți o stare de toropeală plăcută care te cuprinde tot mai mult. Simți tot mai mult toropeală, destindere, relaxare. Eşti tot mai toropit. Fii atent la vocea mea... ea te face să te simți tot mai toropit. Simți o greutate plăcută care îți cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu... Brațele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce în ce mai grele. Eşti tot mai relaxat, toropit, ca atunci când te pregăteşti să dormi. O senzație de căldură plăcută, adormitoare cuprinde tot corpul. Curând te vei cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă cu un somn profund, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândeşte-te la toropeala şi somnolența care te cuprinde. Vocea mea te face tot mai toropit, tot mai relaxat, tot mai somnolent. Nu mai poți ține ochii

deschişi. Ochii au tendinţa să se închidă. Clipeşti, clipeşti tot mai des, pentru ca nu mai Poţi ţine ochii deschişi. Clipeşti tot mai des şi în curând nu vei mai Putea ţine ochii deschişi pentru că pleoapele devin grele, foarte grele ca de Plumb. Devii tot mai toropit, tot mai relaxat. Pleoapele sunt atât de grele meat, în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele, devin tot mai grele şi mai strâns lipite. (Dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: Acum închide ochii şi fii atent în continuare la ceea ce 'ţi voi spune):

"Ochii sunt închişi acum şi te vei relaxa tot mai profund, tot mai Profund, vei fi tot mai relaxat, tot mai toropit, mai relaxat, tot mai toropit. Vei atent numai la vocea mea. îţi vei reveni din stare numai atunci când îţi voi spune eu să revii. Te vei simţi foarte liniştit şi relaxat. Nimic nu te va tulbura. e vei relaxa profund, foarte profund. Dacă se va întâmpla ceva care te poate Pune în pericol, te vei trezi imediat şi vei face faţă cu bine situaţiei. Te relaxezi adânc, profund, foarte profund".

Prezentăm în cele ce urmează şi alte câteva tehnici de inducţie hipnotică (Hartland, 1971):

2. Metodă rapidă de inducţie

Subiectul stă în picioare în faţa terapeutului. Acesta plasează mâinile Pe umerii subiectului şi fixează cu privirea rădăcina nasului subiectului. I se Pune acestuia:

"Uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că vei adormi. Vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn profund, adânc, odihnitor. Continuă să te uiţi în ochii mei. Pe măsură ce te uiţi în ochii mei simţi o greutate care cuprinde tot corpul. Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Braţele sunt grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, greu ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, somnolenţă. Te simţi obosit, corpul este atât de greu, greu ca Plumbul. Simţi nevoia să dormi. Pleoapele sunt atât de grele încât nu poţi ţine ochii deschişi. Ochii se închid. Nu poţi să-i mai ţii deschişi. Adormi! Adormi! Ochii se închid, se închid. Dormi! Somn profund!

In utilizarea acestor tehnici trebuie să ţinem seama de câteva recomandări:

• dacă nu este necesară o stare de transă profundă, o metodă de inducţie rapidă este adesea suficientă. Dacă avem nevoie de o transă mai profundă, atunci utilizăm o metodă mai lungă, cu mai multe detalii;

• metodele rapide fac impresie mai puternică asupra spectatorilor;

• uneori putem eşua să inducem hipnoza cu o metodă, dar putem reuşi cu alta. De regulă, cu metodele mai lungi se reuşeşte mai bine;

• pentru scopuri terapeutice metodele mai lungi sunt mai bune pentru că permit să obţinem un control mai bun asupra subiectului.

C. Adâncirea transei

De regulă, după ce a realizat inducţia, terapeutul se va strădui să obţină o mai mare profunzime a stării hipnotice pe care o atinge subiectul său. peşi nu totdeauna o transă profundă este necesară pentru atingerea unor obiective terapeutice, totuşi pentru explorarea unor conflicte din sfera personalităţii subiectului este de dorit să se obţină o transă mai adâncă. Pentru adâncirea transei se procedează astfel (Hartland, 1971):

"Eşti profund relaxat, dar poţi intra într-o stare de relaxare şi mai adâncă decât cea în care te afli acum. Doreşti foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experienţă agreabilă, care îţi va aduce mult bine. Te vei relaxa tot mai profund şi toate sugestiile pe care ţi le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate număra până la 10, 20 etc.) şi pe măsură ce număr, te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, mai adâncă, mai plăcută. Când voi ajunge cu numărătoarea până la 5 vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit, că atunci când îţi voi spune să revii nu-ţi vei mai aminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 - relaxarea (toropeala) devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 - relaxarea devine şi mai profundă şi mai adâncă, cu fiecare cuvânt spus de mine, cu fiecare expiraţie, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 - relaxarea (toropeala) adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult. Te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi doar vocea mea care parcă vine de undeva de departe; 4 - continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ţi le dau sau ţi le voi da în viitor vor fi eficiente şi în avantajul sănătăţii tale. Vei îndeplini tot ceea ce îţi spun să îndeplineşti. Nu te teme de hipnoză pentru că îţi va face numai bine. Eşti convins că nu ţi se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă îţi vorbesc, eşti tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îţi voi spune să auzi, să vezi sau să simţi ceva, vei trăi experienţe vii ca şi cum ar fi în realitate. Vei auzi, vei vedea şi vei simţi ca în realitate. Ori de câte ori îţi voi spune să simţi sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cele cerute, pentru că sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ţi-o dau. Continuă să te retaxezi. Când voi ajunge eu numărătoarea la 5 vei fi foarte, foarte profund relaxat, adânc relaxat şi toropit; 5 - profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei reveni din relaxare decât atunci când îţi voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă mie ceva, sau dacă ceva te ameninţă. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat şi vei face tot ceea ce îţi voi spune eu să faci. Când îţi voi spune să revii nu îţi vei mai aminti de nimic, decât de faptul că te-ai relaxat şi te-ai odihnit".

Odată ajuns aici, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza.

D. Dehipnotizarea (trezirea subiectului)

Pentru mulți subiecți este suficient să comandăm pe ton plăcut dar ferm:

"Revino! trezește-te!" sau "când voi lovi cu degetele vei fi pe deplin treaz, trezește-te!".

Pentru pacienții aflați într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă gradat, ca în exemplul de mai jos (Hartland, 1971):

"Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când voi ajunge cu numărătoarea la 1, vei fi complet treaz, îți vei reveni complet. Te vei simți bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun:

5 - vei reveni curând din relaxare; 4 - revii încet la normal; 3 - revii tot mai mult; 2 - când voi ajunge la 1 vei reveni complet; te vei simți foarte bine; 1 - ai revenit complet, ești pe deplin treaz; ai mintea limpede, clară, ești complet treaz, vioi, alert!".

Dacă subiectul se mai menține totuși într-o stare de amețeală, nu se ține bine pe picioare, are un aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandând pe un ton ferm: "Ești pe deplin treaz!" sau poate repeta procedeul de dehipnotizare. în nici un caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Este indicat ca subiecții care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsați să mai aştepte puțin într-o cameră, înainte de a pleca, hipnotizatorul urmând să mai verifice o dată starea în care se află aceştia. Există cazuri, foarte rare, când unii subiecți pot prezenta cefalee, confuzie, amețeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienții nu sunt de acord să îndeplinească sugestiile administrate de terapeut, deşi s-au prezentat la tratament ei pot, de pildă, în mod inconştient să nu dorească să se lase de fumat sau sunt nevrotici şi atunci fenomenul este interpretat ca o rezistență la hipnoterapie. în astfel de cazuri este indicată o terapie mai în profunzime, în cadrul căreia să se abordeze conflictele din sfera personalității subiectului. O astfel de tehnică este hipnoanaliza, la care ne vom referi mai târziu. Clinicienii citează şi cazuri, foarte rare, când subiectul refuză să revină din hipnoză atunci când i se dau comenzi în acest sens. Acest lucru se poate întâmpla fie datorită unei erori de tehnică (terapeutul i-a sugerat, fără să-şi dea seama, să nu se trezească), fie datorită unor rezistente la revenire, care, la rândul lor, pot avea mai multe cauze, dintre care amintim:

- existența unor sentimente de ostilitate față de terapeut;
- sugestii post-hipnotice, pe care subiectul nu doreşte să le îndeplinească;
- tulburări în sfera personalității (nevoia de a fi dominat, de a evita un conflict, nevoia de a fugi de realitate);
- transformarea hipnozei în somnambulism de tip isteric.

Weitzenhoffer (1957) citează cazul unui hipnotizator începător care jmi nistrează subiectului următoarea sugestie: "Pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb etc. Ai ochii închişi, nu poți deschide ochii. încearcă să deschizi ochii dar nu poți!". După 10 minute el încearcă să trezească subiectul care s-a dovedit receptiv, spunându-i: "Deschide ochii!" acesta nu poate deschide ochii pentru că nu a fost anulată sugestia "nu poți deschide ochii!". Corect ar fi fost ca terapeutul să spună: "Acum poți să deschizi ochii, poți să deschizi ochii. Deschide ochii!", sau să fi dat de la început o sugestie de genul: "Nu vei putea deschide ochii până când eu nu voi bate din palme!".

în situațiile în care subiectul refuză să revină din hipnoză este indicat ca el să fie lăsat liniştit, deoarece în majoritatea cazurilor hipnoza se transformă în somn natural şi el se trezeşte singur după un timp oarecare.

O altă metodă frecvent folosită este interogarea subiectului, aflat în stare de hipnoză, de ce refuză să se trezească. De regulă, răspunsul subiectului sugerează terapeutului ce sugestii trebuie să administreze în astfel de situații.

O regulă de fier a hipnoterapeuților clinicieni este anularea sugestiilor administrate în timpul hipnozei. Aceste sugestii trebuie anulate chiar dacă subiectul nu a reacționat la ele în timpul hipnozei.

Jalowicz (cit. Weitzenhoffer, 1957) citează cazul unui subiect căruia i s-a administrat în timpul hipnozei, în scopuri demonstrative, sugestia că a fost atins cu un fier înroşit şi că pe braț îi apare o băşică. în timpul hipnozei nu se întâmplă nimic, subiectul este dehipnotizat şi trimis acasă. A doua zi acesta se prezintă la medic acuzând o arsură pe braț, arsură a cărei cauză nu o cunoaşte, fapt ce demonstrează posibilitatea existenței unor efecte întârziate ale hipnozei.

în cazul în care terapeutul a uitat să anuleze sugestiile administrate, se recomandă ca subiectul să fie hipnotizat din nou şi să administreze sugestiile de la început, inclusiv anularea lor, ca şi cum nimic nu s-ar fi

UTILIZAREA TERAPEUTICĂ A HIPNOZEI

Hipnoza poate fi utilizată terapeutic fie ca psihoterapie centrată exclusiv pe simptom, fie ca terapie de mai mare profunzime în varianta hipnoanalizei.

1. Hipnoza ca terapie centrată pe simptom

Teama că înlăturarea simptomului va produce o substituție de simptom înlocuind simptomul inițial cu altul, de multe ori mai sever, este

întâmplat.

mult exagerată. Din fericire, în practică acest fenomen nu se întâmplă pr$_{ea}$ des şi dacă am merge prea departe cu această afirmaţie nu am mai prescrie un antinevralgic pentru dureri de cap, fără o tomografie computerizată.

Desigur, înlăturarea simptomului nu rezolvă conflictele de profunzime ale pacientului. Cu toate acestea, de multe ori simptomul este atât de invalidant încât este necesară atacarea lui frontală aşa cum se întâmplă de pildă în cazul atacurilor de panică, a insomniilor, a durerii cronice sau a unor tulburări de dinamică sexuală la bărbaţi.

înlăturarea simptomului va creşte încrederea pacientului în terapeut şi atunci când condiţiile o permit, se poate realiza în continuare şi o psihoterapie care vizează restructurarea personalităţii. Hartland (1971) este de părere că reducerea simptomului va fi mult mai eficientă dacă se dau subiectului, după inducţia hipnotică, sugestii de întărire a eului, de scădere a anxietăţii şi de creştere a încrederii în sine. Principiul terapeutic propus de acest autor constă în combinarea sugestiilor de întărire a eului cu cele terapeutice propriu-zise, care au ca obiectiv înlăturarea simptomului.

Prezentăm pentru exemplificare, modelul de sugestii utilizate pentru întărirea eului (Hartland, 1971): "Eşti profund relaxat şi tot ceea ce îţi spun se va întâmpla spre binele tău, în avantajul tău. în cursul acestei relaxări te vei simţi tot mai puternic, tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine, te vei simţi tot mai vioi, tot mai alert, mai energic, mai puţin obosit, tot mai puţin descurajat, tot mai puţin depresiv. Zi după zi vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană şi de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puţin la tine însuţi, la dificultăţile tale, vei fi tot mai puţin preocupat de propriile trăiri. Vei deveni tot mai puţin îngrijorat, tot mai puţin agitat, tot mai puţin anxios, tot mai puţin deprimat. Vei fi capabil să gândeşti clar, să te concentrezi tot mai bine. îţi vei concentra tot mai mult atenţia asupra a ceea ce faci. în consecinţă, memoria ta se va îmbunătăţi. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală, fără a le permite să ia proporţii. Zi după zi vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puţin".

După încheierea acestui instructaj conţinând sugestii de întărire a eului se poate trece la administrarea sugestiilor pentru înlăturarea simptomului. Prezentăm, în cele ce urmează, un set de sugestii propuse de Wolberg (cit. Hartland, 1971) pentru psihoterapia alcoolismului: "în momentul în care consumi alcool te vei simţi foarte rău de la stomac, ţi se va face tot mai rău, din ce în ce mai rău, îţi va fi atât de rău încât nu vei mai fi capabil să înghiţi băutura pe care o vei vomita imediat..."^

2. Hipnoanaliza

Dacă psihotraumele şi conflictele mai recente şi mai superficiale pot fi abordate prin simplă hipnoterapie centrată exclusiv pe simptom, în cazul

$_{on}$flictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care se referă la descoperirea acestor conflicte, a reacţii emoţionale asociate, terapia încheindu-se ajutarea pacientului să le cunoască şi să le facă faţă.

O astfel de abordare se realizează prin intermediul hipnoanalizei care îmbină tehnicile hipnozei cu unele metode specifice psihanalizei. Hipnoanaliza utilizează aceleaşi tehnici de inducţie şi adâncire a transei hipnotice, după care recurge la procedee specifice psihanalizei. Hipnoanaliza $_{ar}$e faţă de psihanaliză avantajul că reprezintă o psihoterapie de scurtă durată. Ea îl ajută pe pacient să se elibereze de simptomele de care acesta doreşte să scape contribuind totodată şi la restructurarea mai profundă în sfera personalităţii acestuia prin accesul la anumite zone ale inconştientului unde s-au structurat conflictele generatoare de simptome.

Hipnoza, prin relaxarea rezistenţelor la psihoterapie, scurtează durata tratamentului comparativ cu psihanaliza clasică, cura hipnotică durând în medie 20 de şedinţe, ceea ce înseamnă relativ puţin comparativ cu o cură psihanalitică care durează 2 - 3 ani.

Diferenţa esenţială faţă de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămâne pasiv până când rezistenţele pacientului se dau cumva la o parte, ci el le atacă frontal, înainte ca ele să oprească progresul psihoterapiei sau, în unele situaţii, ignoră această rezistenţă. Singurul criteriu de selecţie al pacienţilor pentru hipnoanaliza este gradul de hipnotizabilitate al acestora.

Cu cât se obţine o transă mai profundă, cu atât hipnoanaliza are şanse mai mari, pacientul având acces mai uşor la amintiri şi conflicte uitate din trecutul său, care îl produc simptome nevrotice sau psihosomatice. O transă mai profundă facilitează şi producerea amneziei post-hipnotice care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, care vor fi aduse în conştiinţă abia când pacientul se va simţi suficient de puternic să le facă faţă. Wolberg consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

- reducerea simptomelor;
- revenirea la nivelul de funcţionare psihică dinainte de îmbolnăvire;
- înţelegerea de către pacient a unor factori care au favorizat îmbolnăvirea;
- recunoaşterea de către pacient a unor perturbări ale personalităţii care împiedică pe pacient să se adapteze în mod eficient la mediu;
- conştientizarea modului în care se produc simptomele (psihice şi somatice), structurate pe baza experienţelor psihotraumatizante trecute şi a condiţionărilor din copilărie;
- recunoaşterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute şi boala prezentă.

Prezentăm mai jos câteva tehnici specifice hipnoanalizei:

Asociațiile libere

Tehnica este asemănătoare cu cea a psihanalizei clasice, diferența constând în aceea că în hipnoanaliză demersul are loc în transa hipnotică, iar procesul asociativ apare mai frecvent sub forma imaginării. Pacientul e încurajat să ia act de diversele imagini, gânduri, asociații care îi trec prin minte, indiferent dacă legăturile dintre ele i se par logice sau nu.

însăşi inducția hipnotică va înlătura unele rezistențe la asociația liberă. Asociațiile se desfăşoară mai uşor în hipnoză şi adesea o singură şedință va furniza mai multe informații relevante decât câteva şedințe în stare de veghe. Transa medie este de regulă suficientă pentru ca pacientul să producă un material semnificativ pentru psihoterapeut. Hipnoanalistul trebuie să asculte în mod pasiv şi să evite întreruperea fluxului normal al asociațiilor pacientului (care vorbeşte liber) notând ce şi cum se exprimă acesta. Dacă el remarcă ceva deosebit, trebuie să-1 interogheze pe pacient în legătură cu problema neclară, direcționând fluxul asociațiilor acestuia pe canalul dorit. Dacă pacientul se blochează, terapeutul pune mâna pe fruntea acestuia şi comandă: "Voi număra până la 5 şi când voi ajunge cu numărătoarea până la 5, îți va veni în minte cuvântul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte" (Hartland, 1978).

Analiza viselor

După cum am mai arătat, Freud (1953) a denumit visele nocturne "calea regală spre subconştient". Din punct de vedere psihanalitic visul este considerat ca o încercare a ego-ului de rezolvare a problemelor inconştiente ale subiectului. French şi Fromm (1964) au arătat că visul este o reacție la un conflict cât şi o expresie a unui conflict de natură subconştientă. Orice vis nu este altceva decât o încercare mai mult sau mai puțin izbutită de a rezolva conflictul. Psihanalistul sau hipnoanalistul care încearcă să descifreze un vis se află în situația unui cercetător care încearcă să descifreze un text scris cu hieroglife. Acest mesaj trebuie tradus în codul specific stării conştiente (de veghe). Demersul terapeutului trebuie să aibă în vedere decodificarea simbolurilor pentru a le face accesibile mentalului conştient al pacientului. In ceea ce priveşte interpretarea viselor, hipnoanalistul are un mare avantaj față de specialistul în psihanaliză clasică. Psihanalistul trebuie să aştepte uneori săptămâni întregi pentru ca pacientul să relateze visele sale. în acelaşi timp, psihanalistul clasic este confruntat mereu cu problema că marea majoritate'a conținutului viselor - chiar şi a celor pe care pacientul şi le aminteşte - a fost refulat, uitat, reprimat. în schimb, hipnoza pune la dispoziție o serie de mijloace care facilitează şi optimizează lucrul asupra viselor. Astfel:

Hipnoanalistul are posibilitatea să inducă visele în timpul şedinței de hipnoză. Aceste vise pot fi relatata imediat de către pacient.

Hipnoanalistul poate sugera pacientului faptul el are "un vis legat de problemă anume sau de un conflict" pe care terapeutul încearcă să-1 ajute să cj-1 rezolve.

Dacă pacientul nu a ajuns la o soluție prin intermediul visului, hipnoanalistul îi poate sugera faptul că el revisează din nou visul şi încearcă ,să se confrunte încă o dată cu problema sa într-o manieră diferită şi la un nivel diferit. Terapeutul poate să-1 încurajeze pe pacient în legătură cu faptul că va găsi o soluție mai bună dacă va încerca să reviseze visul său (Sacerdote, 1967).

Terapeutul poate, de asemenea, sugera pacientului că acesta va fi capabil să înțeleagă semnificațiile şi simbolismul propriilor vise din ce în ce mai bine, pe măsură ce trece timpul.

Hipnoanalistul dispune şi de mecanismul sugestiei posthipnotice. Astfel, el poate sugera pacientului că va visa o serie de vise importante, cu semnificație pentru problematica sa. Se poate sugera că deşi este posibil ca aceste vise să fie uitate, ele vor reveni în conştiința pacientului imediat ce acesta va intra în cabinetul psihoterapeutului.

Astfel, terapeutul poate explora şi interpreta împreună cu pacientul său întreg conținutul viselor. Astfel, se poate lucra cu vise complete şi nu doar cu fragmente pe care eventual şi le aminteşte pacientul.

Adesea, în timpul şedinței de hipnoanaliză, când i se dă pacientului sugestia să viseze, acesta poate reproduce în mod spontan un vis nocturn semnificativ, care fusese refulat. în acelaşi timp, el poate produce un vis diurn care are semnificații psihologice ce pot fi interpretate.

Hipnoanaliză mai are şi alte avantaje comparativ cu psihanaliza clasică. Astfel, atunci când pacientul se află în hipnoză, mai ales într-o hipnoză profundă, terapeutul se poate adresa direct inconştientului subiectului prin utilizarea unor tehnici specifice dintre care amintim tehnica imaginației dirijate sau regresia de vârstă. în astfel de situații inconştientul pacientului poate furniza răspunsuri nemijlocite. Datorită acestui fapt, hipnoza poate aduce îmbunătățiri rapide în comportamentul pacienților.

Tehnica hipnoanalitică se utilizează pentru descoperirea şi interpretarea conflictelor inconştiente. Odată ce terapeutul identifică un conflict de natură inconştientă, el trebuie să-1 ajute pe subiect să rezolve conflictul respectiv. în acelaşi timp, hipnoanalistul trebuie să-1 conducă pe pacient în aşa fel încât acesta să vadă care este sursa luptelor sale interne şi să fie capabil să-şi reorganizeze mecanismele personalității sale astfel încât să ajungă la o formulă de viață productivă şi plăcută.

Scopul final al hipnoanalizei este facilitarea maturizării şi creşterii psihice a pacientului. în afara tehnicii asociațiilor libere şi analizei viselor, hipnoanaliză utilizează şi alte tehnici cum ar fi:

Tehnica imaginației difij[ate] l[Fr]omm, **1984)** Psihanalistul Heinz Hartmanr(l958) sublinia faptul că există două tipuri de imaginație:

a. imaginație simbolică, c[are] [fe]Prezintă o strategie cognitivă a ego-ului inconştient;

b. imaginație de testare a realității care are rol de a asigura planificarea viitoarelor situații cu care subiectul este confruntat (ce va face sau ce va spune subiectul într-o situaMifîcilă).

Hipnoterapeutul utilizează aiabele tipuri de imaginare. Astfel, el recurge la imaginarea de tip sim[bo!ic] atunci când doreşte, de pildă, să simbolizeze pentru pacient procesul evoluți[e]j [sa]i[e] de la o boală spre starea de sănătate ca fiind un râu tumultuos pe cire^pacientul trebuie să-1 traverseze sau ca fiind un munte pe care acesta trebuie sâ-1 [urce].

Imaginarea care are drept scop testarea realității poate fi utilizată, de pildă, atunci când avem de-a face ci o fobie, [CU]m ar fi fobia de zbor cu avionul. Hipnoterapeutul poate descrie clientului treaptă cu treaptă drumul său spre aeroport, intrarea în aeroport, predarea bagajelor, trecerea pe la organele de control ale aeroportului, îmbarcarea, călătoria cu avionul în timpul căruia subiectul îşi imagin[eazi că] citeşte o carte atât de interesantă încât ignoră disconfortul zborului-

Apelând la antrenamentul mental a[[unor] situații psihotraumatizante în stare de hipnoză, terapeutul îl P[oate] [a]JMa pe pacient să obțină un mai bun control asupra realității.

Prin hipnoterapie, pacientul aju[n]g[e] [s]a transfere sentimentul de succes din cadrul unor situații imagijare asupra unor situații reale (Frankl, 1976).

Tehnica ego-ului ideal

Un alt concept utilizat în cadrul hipnoanalizei este cel de "ego-ideal".

Psihologia psihanalitică f[ac]« diferența dintre supraeu (ego) sau conştiința şi eul ideal. Supraeul stabileşte norme-granițe-limite, în timp ce eul ideal stabileşte scopuri (Stolar şi Fromm, 1974).

Eul ideal reprezintă ceea ce un individ doreşte sau visează să devină, dacă cineva nu-şi atinge nivelul de aspirații, [e]l trăieşte sentimente de jenă şi culpabilitate pentru că nu a ajuflS atât de competent şi de perfect cât şi-ar fi dorit.

Hipnoterapeutul îl poate ajuta pe pacient pentru a aduce ego-ul ideal în cursul terapiei ca şi cum ar fi real.

De pildă, se poate sugera pacientului că un individ care arată exact ca şi el intră în încăpere, se aşează pe un alt fotoliu şi povesteşte cum a făcut el față în mod eficient şi competent acelor situații care îl preocupă pe pacient.

Apoi, se poate sugera în continuare că pacientul devine una cu acelaşi personaj eficient.

HIPNOTERAPII MODERNE

Hipnoza în psihoterapia lui Milton Erickson

Milton Erickson, unul din cei mai talentați psihoterapeuți ai ultimei jumătăți de secol, are o viziune nouă asupra hipnozei. în loc să utilizeze relaxarea şi sugestiile directe aşa cum s-a procedat mai bine de 100 de ani, el propune un nou demers, bazat pe principiul utilizării şi pe sugestii indirecte. Acest autor spunea adesea că trebuie să spulberăm mitul conform căruia unii oameni nu pot fi hipnotizați.

Autorul era de părere că hipnoza şi hipnotismul sunt termeni care se aplică unui comportament neobişnuit, dar normal, care poate fi inclus oricărei persoane normale, dacă sunt îndeplinite anumite condiții, cât şi persoanelor care suferă de diferite tipuri de tulburări. Oamenii normali pot fi hipnotizați în proporție de 100%. Bolnavii psihici pot fi şi ei hipnotizați, dar mai greu. De asemenea, deficienții mintal pot fi cu greu hipnotizați, iar unii nevrotici se dovedesc a fi subiecți mai dificili (după Lankton şi Lankton, 1983).

Deoarece hipnoza reprezintă o modalitate de comunicare şi de identificare a concentrării interne, putem spune că orice subiect care este socializat poate fi hipnotizat. Erickson sublinia şi faptul că hipnoza reprezintă o formă specială de relație interpersonală. El arăta că pentru inducerea transei este necesară o anumită cooperare din partea subiectului, deşi uneori această cooperare se poate ascunde în spatele unei atitudini superficiale de respingere a hipnozei. Din acest motiv, afirmăm că oamenii nu pot fi hipnotizați împotriva voinței lor.

Erickson este partizanul inducției indirecte: atenția subiectului este captată prin intermediul instrucțiunilor paradoxale şi metaforelor şi prin utilizarea comportamentului actual. Mecanismul transei presupune realizarea disocierii dintre instanțele conştiente şi cele inconştiente. Erickson este de părere că hipnoza nu are efecte nocive: "nici un hipnotizator experimentat nu a postulat existența unor efecte secundare nocive" (cf. Lankton şi Lankton, 1983, p. 132).

Cu toate acestea, el a fost conştient de faptul că unele aspecte ale personalității hipnotizatorului pot declanşa la subiect un comportament de tip isteric. Aceste efecte țin însă de personalitatea hipnotizatorului, nu de procesul hipnozei.

Caracteristicile hipnozei ericksoniene

1. Hipnotizatorul trebuie să manifeste încredere deplină în ceea ce face, iar acțiunile sale trebuie să aibă un caracter congruent.

2. Caracterul indirect şi fundamentarea socială a limbajului hipnotic Aşa cum am mai subliniat, hipnoza reprezintă o modalitate de comunicare interpersonală. Erickson obişnuia să utilizeze sugestiile *indirecte* administrate într-o manieră colocvială (utiliza cuvinte specifice limbajului de zi cu zi).

Comenzi clasice	Comenzi ericksoniene
1. Stai jos şi închide ochii	1. Poţi să stai liniştit şi să închizi ochii?
2. Concentrează-te asupra relaxării	2. N-ai dori să te concentrezi asupra relaxării sau poate ai dori să asculţi vocea mea?
3. Nu te mişca	3. Vei observa că dacă doreşti să te mişti, poţi s-o faci, dar o vei face foarte greu.

Se poate constata faptul că instrucţiunile din coloana stângă invită subiectul la rezistenţă, oricât de cooperant ar fi acesta. Celălalt tip de comenzi este permisiv şi reduce rezistenţele. De asemenea, Erickson era atent să aleagă astfel cuvintele încât ele să exprime o gândire pozitivă şi să stimuleze inteligenţa clientului său.

El avea grijă să nu ofenseze clientul, excepţie făcând acele situaţii rare în care o ofensă era utilizată ca o intervenţie terapeutică menită să şocheze subiectul.

Trebuie evitaţi termenii care fixează atenţia clientului asupra unor aspecte negative, cum ar fi: rezistenţă, blocaj, impas etc.

3. Disocierea conştient - inconştient

Metoda de inducţie a lui Erickson presupune modalităţi diferite de adresare pentru planul conştient şi pentru cel inconştient, autorul punând la baza proceselor de natură inconştientă activitatea emisferei cerebrale drepte.

Emisfera stângă (Stare de veghe)	Emisfera dreaptă (Transă)
Nivel lingvistic Nivel logic-gramatical Nivel raţional Nivel abstract Nivel direct Focalizarea atenţiei Efort voluntar	Pantomimică Nivel kinestezic Nivel muzical Nivel vizuospaţial Nivel intuitiv Nivel perceptiv-sintetic Activitate spontană

Erickson utilizează anecdote şi sugestii indirecte pentru a face pe clienţi să se comute de la modelul lor dominant de procesare bazat pe activitatea emisferei cerebrale stângi.

Erickson spunea, adesea referitor la mecanismele inconştiente: "Noi ştim mai mult decât credem că ştim".

Inducţia

Inducţia cuprinde următorii paşi:

1) Orientarea clientului în direcţia transei.

2) Fixarea şi stabilirea raporturilor.
3) Crearea disocierii conştient - inconştient.
4) Instalarea şi adâncirea transei.
5) Stabilirea unui cadru de referinţă pentru învăţare.
6) Utilizarea stării de transă pentru scopuri clinice.
7) Reorientarea spre starea normală de veghe.

(7) *Orientarea clientului în direcţia transei*

Clienţii au nevoia de a fi orientaţi psihologic şi intelectual în direcţia transei.

Orientarea psihologică implică, de regulă, doar interogarea clientului dacă a mai fost sau nu în transă vreodată şi cum a trăit transa respectivă. Discuţia se va centra în jurul transei trecute, pe baza căreia se va putea construi noua transă. în cursul procesului rememorării vechii stări, mecanismele psihologice implicate vor fi activate. Hipnoterapeutul va remarca posibila relaxare musculară, clipitul şi chiar micromişcări de levitaţie a braţului sau degetului, mişcări pe care le poate amplifica, încurajând intrarea în transă.

Chiar în cazul în care clientul afirmă că nu a fost niciodată în transă, acesta poate fi interogat la ce anume se aşteaptă. Clienţilor de acest tip li se pot descrie unele experienţe familiare care seamănă cu transa, cum ar fi de pildă lectura unui roman pasionant care face ca subiectul să se detaşeze de ceea ce este în jur.

Este indicat să se înceapă transa cu o discuţie în legătură cu credinţele clientului cu privire la ceea ce este hipnoza. Astfel, hipnoterapeutul îşi va da seama despre prejudecăţile şi credinţele negative pe care le are clientul cu privire la hipnoză.

Informaţiile greşite creează anxietate, disconfort şi, adesea, tind să slăbească relaţia terapeutică.

Trebuiesc înlăturate mai ales următoarele prejudecăţi cu privire la hipnoză:

1. Hipnoza este o stare stuporoasă în care clientul îşi pierde autocontrolul.
2. Subiectul va fi extrem de vulnerabil şi va face ceea ce nu doreşte să facă.
3. Subiectul nu se va mai trezi din transă.
4. Dacă transa este încununată de succes, subiecţii se vor comporta ca nişte roboţi.
5. Hipnoza este lucrarea diavolului.
6. Subiecţii se pot îndoi de realitatea transei pentru că au rămas conştienţi de ceea ce se petrece în jur.

Prejudecata (5) este cel mai dificil de înlăturat tocmai pentru că este cea mai iraţională!

(2) Fixarea atenţiei şi stabilirea raporturilor

Maniera ericksoniană de stabilire a raporturilor cu subiectul implica aşa numita "intrare în rezonanţă cu acesta":

Adresarea în limbajul clientului. Aceasta înseamnă că terapeutul va folosi aceleaşi cuvinte "cheie" pe care le utilizează şi clientul.

Utilizarea metaforelor pentru a realiza o mai bună intrare în, rezonanţă.

Copierea expresiei faciale, poziţiei, tonului vocii şi a ritmului] respiraţiei al clientului. Se porneşte de la aceste elemente pentru a ghida clientul.

Datorită aplicării acestor tehnici, în hipnoterapia ericksoniană transferul are loc mult mai rapid. Drept consecinţă pot fi comunicate mai repede mai multe idei şi pacientul învaţă într-o perioadă mai scurtă de timp.

Pentru a capta atenţia clientului, Ericksdn utiliza o metaforă plină de suspence, mister şi surpriză. Odată captată atenţia clientului, acesta va fi capabil să dezvolte un nou sistem de referinţă, sistem ce va putea fi utilizat în rezolvarea problemelor sale. Relaţia, odată stabilită, va servi ca bază pentru crearea stării de confuzie care va realiza disocierea conştient - inconştient. Astfel, de pildă, Erickson putea începe astfel:

"îţi voi povesti ceva care s-a petrecut în copilăria ta...".

Ideea că terapeutul se va referi la copilăria clientului despre care el nu ştie nimic, îl nedumereşte pe acesta, fapt ce creează surpriză şi captează atenţia.

Terapeutul poate continua în felul următor:

"Să scrii literele alfabetului este o sarcină foarte grea nu-i aşa? îl faci pe e, trebuie să desenezi bucla lui b etc....".

Se constată că terapeutul nu minte, deoarece ceea ce spune el s-a petrecut cu adevărat în copilărie. Surpriza iniţială este înlocuită cu curiozitatea: "Oare unde vrea să ajungă terapeutul?".

(3) Disociere conştient - inconştient.

Reamintim faptul că inducţia de tip ericksonian se realizează într-o manieră anecdotică, metaforică şi naturală.

Exerciţiu de disociere a planului conştient de cel inconştient (Lankton şi Lankton, 1985).

"Inconştientul tău poate face ce doreşte, dar conştientul nu va întreprinde nimic important. Vei constata că mentalul tău conştient este prezent datorită faptului că vei clipi uşor. îți modifici ritmul respirator, îți modifici pulsul, îți modifici tensiunea şi fără să-ți dai seama intri în starea de imobilitate specifică transei hipnotice. Nimic nu mai are importanță cu excepția activității mentalului tău inconştient. Această activitate poate fi orice doreşte mentalul tău inconştient (Erickson şi Roşi, 1976, p. 9-11).

(5) Stabilirea cadrului propice pentru a învăța ceva în timpul psihoterapiei.

Erickson încuraja învățarea indiferent de modalitățile prin care aceasta are loc în timpul procesului terapeutic.

Instructajul poate suna astfel:

"în stare de transă vei lăsa inconştientul tău să exploreze vasta magazie de date pe care le-ai acumulat în timpul vieții. Ai multe cunoştințe pe care le-ai acumulat fără să ştii.

Multe din aceste cunoştințe care au fost importante pentru mentalul rău conştient au alunecat acum la nivel inconştient...".

în loc de termenii "să lucrăm asupra materialului", "să rezolvăm situația" sau "să actualizăm materialul", Erickson preferă termenul de "învățare", pe care o înțelege ca pe o sarcină de ordin general de adaptare la cerințele vieții.

(6) Utilizarea transei în vederea schimbării

Utilizarea transei în scopuri clinice presupune luarea în considerare a personalității privite ca un tot unitar şi nu doar simpla reducere de simptome prin sugestii directe, pentru că sugestiile directe vor aduce clientului doar o uşurare momentană, vor accentua relația transferențială şi vor accentua reprimarea conflictului generator de simptome.

Erickson utiliza în scopuri clinice următoarele strategii:

a) Utilizarea sugestiilor indirecte pentru a declanşa schimbarea;

b) Utilizarea unor metafore şi anecdote cu rol terapeutic pentru a stimula resursele clientului şi pentru a ilustra schimbarea;

c) Furnizarea unor explicații, a repetării în plan imaginar şi a unor prescripții terapeutice pentru activarea resurselor clientului.

Mai ales în ultimii săi ani de activitate, Erickson le spunea din ce în ce mai rar pacienților ce trebuie să facă (în mod direct).

Erickson utiliza, atunci când considera necesar, şi tehnici clasice ale hipnozei, cum ar fi:

- sugerarea amneziei;
- regresia de vârstă;
- distorsionarea percepției trupului;

. sugestii posttaP* *veghe* u

.poateconşienW ăelpoatesari

-Conştient tau cU

jpaieşidiutrau -_^*uca.*
modalitatea de a ie%
. -;»« *fnrtul*

norn

Brațul tăuÎ^JL'discrete

—=*AP.* fatat
brațul ajuu&~r pe
măsura ce u - nsătotmai
Uuş«'*^'donlO,^'1 ca şi ail1
na si cum ei dlv
caŞ ^hrtirilot

brațul se mai nu şi încă un pic

când mai încet
aungându-ți^a

2U

E (Erickson): Ce înțelegi prin inducție clasică?

S: Atunci când cineva îți spune că te va hipnotiza. Cred că asta e cea mai bună definiție (râde!), care se opune tipului de transă, în care putem cădea atunci când oamenii ne vorbesc.

E: Nu ai vrea să-ți potrivești mai bine scaunul? E bine așa. Stai sprijinit și așează brațele pe coapse și privește înainte. Nu te mișca. Nu vorbi. Îți voi povesti ceva care s-a petrecut în copilăria ta, atunci când ai mers pentru prima dată la școală și a trebuit să înveți literele alfabetului. Ți se părea o sarcină teribil de grea! Toate literele acelea cu forme diferite. îți aduci aminte cum îl scriai pe e, apoi pe t sau pe i sau cum făceai bucla la b sau codița la p sau câte picioare avea litera m?

Treptat ți-ai format imaginea mentală a fiecărei litere. Sunt multe imagini pentru că literele au forme și mărimi diferite. în cele din urmă imaginile mentale ale literelor s-au fixat undeva în creierul tău și lor li s-au adăugat imaginile unor persoane, cuvinte, cifre sau obiecte și chiar a unor idei.

Fără să fii conștient de aceasta, tu formai imagini mentale, în timp ce îți vorbesc ți s-a modificat ritmul respirator, ți s-a modificat tensiunea și tonusul muscular. Mușchii tăi s-au relaxat. închide ochii și caută să trăiești starea de confort, relaxare. Cu cât te simți mai bine, mai confortabil, cu atât vei intra într-o transă mai profundă.

Iar în starea de transă vei putea lăsa mentalul tău inconștient să supravegheze numărul mare de cunoștințe pe care le-ai acumulat în decursul vieții tale. Ai adunat multe cunoștințe chiar fără să-ți dai seama. Multe cunoștințe care sunt foarte importante pentru conștientul tău au alunecat în inconștient sau au început să-ți fie folositoare în mod automat. Ele sunt folosire doar la timpul potrivit, doar în situația potrivită.

Să înveți să mergi a fost o sarcină foarte dificilă, dar ai reușit s înveți acel lucru. Acum nu mai știi exact cum mergi pe stradă, cum miști picioarele, brațele, când trebuie să mergi încet. Nu mai știi cum miști capul atunci când traversezi, dar el se mișcă corect la stânga și la dreapta atunci când traversezi o intersecție. Faci o serie de mișcări corecte chiar dacă pe stradă nu sunt mașini.

Și atunci când ai învățat să conduci mașina ți se părea o sarcină dificilă să frânezi în intersecții atunci când circulai cu 30 la oră. Dar pe măsură ce ai devenit expert în conducerea auto, poți frâna ușor chiar dacă te deplasezi cu 60, 70, 80 sau 90 la oră. La timpul potrivit, la locul potrivit, cu presiunea potrivită, poți să frânezi fără să smucești. Și nici măcar nu știi cum faci atunci când apreciezi corect distanța.

Nu știi ce percepție a mișcării sau ce vedere periferică îți spune ce trebuie să faci. Dacă eu stau pe bancheta din față în timp ce tu conduci mașina, voi știi dinainte cu câteva secunde ce viraje vei face, dacă vei vira la

dreapta sau la stânga, după limbajul corpului tău. Eu voi știi aceste lucruri chiar înainte ca tu să-ți dai seama de ele.

Mentalul tău inconștient știe mult mai mult decât știi tu. Mentalul tău conștient își dă seama și este orientat în raport cu situația de moment. în felul acesta, îți dai seama de birou, de bibliotecă, de locul telefonului și de alte lucruri care nu au nici o legătură cu venirea ta la cabinet. Dar mentalul tău inconștient ignoră toate aceste elemente nesemnificative și acordă atenție doar vorbelor mele și propriilor sale reacții.

Majoritatea gândurilor care se petrec în mentalul nostru inconștient au loc fără știrea noastră. Viteza gândului este la fel cu viteza electricității. Există bilioane de celule nervoase care sunt permanent în acțiune și tu ai timp să devii conștient doar de o mică parte dintre procese care se desfășoară în creierul tău. Un simplu stimul poate extrage din inconștientul tău o multitudine de gânduri care aparent nu sunt legate între ele...

Așa cum am mai subliniat, Erickson face distincția între inducerea hipnotică în stil clasic, care este ritualistă și repetitivă, aceeași tehnică fiind aplicată oricărui pacient și inducția *naturală,* în cadrul căreia sunt *utilizate* trăsăturile personalității pacientului și comportamentul acestuia pentru a facilita intrarea în transă.

în abordarea bazată pe utilizare, atenția pacientului se fixează asupra unor aspecte ale comportamentului sau personalității sale în vederea obținerii unei focalizări interioare.

Terapeutul acceptă comportamentul și sistemul de referință propriu pacientului (lumea lui subiectivă).

Exemplu: o pacientă s-a oferit ca voluntară pentru o demonstrație de hipnoză. Erickson i-a cerut să se așeze cât mai comod pe scaun. Pacienta a cerut voie să-și aprindă o țigară și a început să fumeze într-un stil meditativ, urmărind fumul de țigară. Terapeutul a început inducția de la această situație, dând sugestii în legătură cu inspirația și expirația, apoi în legătură cu senzația de ușurință cu care pacienta ducea țigara la gură și apoi cobora lent brațul înapoi. Pacienta a intrat într-o transă ușoară înainte de a termina țigara. Apoi s-au administrat sugestii de relaxare, somn și că în timp ce va dormi, ea va continua să se bucure de senzația plăcută pe care i-o oferă fumatul.

Sugestiile administrate s-au referit la: plăcere, senzație de ușurință, satisfacție interioară, senzația de a fi pe deplin absorbită în acțiunea de a fuma, senzația de confort, fără nevoia de a se preocupa de stimulii externi etc.

Iată deci că terapeutul a utilizat pentru inducția hipnotică comportamentul de a fuma.

în cadrul altui exemplu, un bărbat de 30 de ani a intrat în cabinet și a început să se plimbe încoace și încolo afirmând că el nu poate vorbi despre problemele sale atunci când stă jos sau e culcat.

Pacientul a fost refuzat de mai mulți terapeuți care l-au acuzat de lipsă de cooperare. El a cerut să se aplice hipnoterapia, dacă este posibil, deşi anxietatea sa era atât de mare încât el nu putea sta locului.

Terapeutul i-a adresat următoarea întrebare: "Eşti dispus sffl cooperezi cu mine în timp ce continui să te plimbi prin cabinet?"

Apoi, terapeutul i-a cerut pacientului să-i permită să participe şi la mersul prin cabinet, dirijându-i puțin pașii. Apoi terapeutul i-a sugerat să meargă înainte şi înapoi, la dreapta şi la stânga, spre bibliotecă sau spre uşă. Inițial, instrucțiunile au fost administrate într-un tempou care urmărea pașii. Treptat tempoul a fost redus şi ulterior s-a modificat şi conținutul sugestiilor: "acum te deplasezi la dreapta față de scaunul pe care vei sta, apoi la stânga față de scaunul pe care vei sta, mergi direct spre scaunul pe care vei sta etc.... mergi spre scaunul în care te vei aşeza confortabil". Pacientul a început să meargă tot mai încet, până când s-a aşezat pe scaun şi a intrat în transă.

Valoarea tehnicii utilizării constă în demonstrarea pentru pacient a faptului că acesta este acceptat integral şi că terapeutul îl poate controla indiferent de comportamentul său.

Hipnoza are o serie de aplicații în clinică pentru psihoterapie, cât şi în alte domenii de activitate unde se urmăreşte optimizarea performanțelor umane: pentru sportivi, cosmonauți, pentru creşterea eficienței învățării, pentru reducerea tracului de scenă şi actualizarea disponibilităților creative ale unor artişti.

In clinică hipnoza se utilizează pentru reducerea durerii (în chirurgie, j stomatologie, obstetrică în bolile cronice), în tratamentul unor boli psihosomatice (tahicardie, hipertensiune arterială, colite, astm bronşic, obezitate, tulburări sexuale etc), al unor afecțiuni dermatologice (prurit, | psoriazis, reacții alergice, tratamentul negilor etc), cât şi în recuperarea unor accidente vasculare sau traumatisme.

Sfera cea mai largă de aplicabilitate a hipnozei se situează în domeniul tratamentului unor afecțiuni nevrotice dintre care menționăm: tulburările de tip fobie, atacuri de panică, anxietate, acuze somatoforme, tulburări de somn, tulburări ale atenției şi memoriei etc.

Cercetări recente au evidențiat faptul că prin hipnoză se poate influența favorabil chiar evoluția unor boli deosebit de grave cum ar fi cancerul sau SIDA.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Gheorghiu, V., & Ciofu, I. (1982). *Sugestie şi sugestibilitate,* Ed. Academiei, Bucureşti. Gheorghiu, V. (1977). *Hipnoza,* Ed. Ştiințifică, Bucureşti. Hartland, J. (1979). *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications,* Bailliere Tindall, London. Holdevici, I. *(1995). Autosugestie şi relaxare,* Ed. Ceres, Bucureşti. Holdevici, I. (1995). *Sugestiologie şi terapie sugestivă,* Ed. Victor, Bucureşti. Holdevici, I., & Vasilescu, I. P. (1991). *Hipnoza şi forțele nelimitate ale psihismului uman,* Ed. Aldomars, Bucureşti. Holdevici, I., & Vasilescu, I. P. (1994). *Psihoterapia - Tratament fără medicamente,* Ed. Ceres, Bucureşti. Weitzenhoffer, A. M. (1957). *General Techniques of Hypnotism,* Grune and Straton Inc., New York and London.

"Mâine la ora 6 vei anunța în fața clasei programul excursiei."

Modificările la nivel fiziologic

La nivel fiziologic hipnoza este o excelentă tehnică de relaxare, mult niai eficientă decât tehnicile clasice, deoarece:

* timpul necesar obținerii stării de relaxare este redus;

* hipnoza poate fi transformată în autohipnoză, pacientul dobândind astfel autonomie;

* relaxarea este extrem de profundă.

Dezavantaje:

* nu implică de la început în mod activ pacientul;

* nu se aplică (sau necesită mult timp pentru aplicare) pacienților non-hipnotizabili sau greu hipnotizabili.

Oricum, hipnoza ca tehnică de relaxare este indicată dacă dorim să obținem rezultate în timp scurt. Pentru a avea rezultate durabile şi pentru a stimula o activitate de prevenție: (1) hipnoza trebuie transformată în autohipnoză sau (2) pacientul trebuie învățat o tehnică de relaxare prin care să devină autonom față de terapeut.

HIPNOTERAPIACOGNITIV-COMPORTAMENTALĂ^

Psihoterapia cognitiv-comportamentală presupune tehnici de intervenție la nivel cognitiv, comportamental şi fiziologic. Eficiența acestor tehnici poate creşte dacă sunt asociate cu tehnica hipnotică (David, 1998).

Intervențiile la nivel cognitiv

Unele tehnici de modificare la nivel cognitiv blochează influența informațiilor false asupra comportamentului (ex. oferirea informațiilor alternative, restructurarea globală etc. vezi cap.2). şi favorizează astfel procesul de asimilare a cogniților adaptative. Alte tehnici favorizează procesul de asimilare a cogniților adaptative prin repetarea acestora (a cogniților) un timp îndelungat. Deşi eficiente la nivel experimental, unele sunt mai greu de implementat în practică. Aceasta deoarece ele creează un sentiment de penibilitate şi de neverosimil.

Exemple. (1) Tehnica repetiției: Repetă de 10-20-30-40 de ori: "Sunt cel puțin la fel de valoros ca ceilalți" *sau (2) Tehnica restructurării globale- vezi cap.2* "Uite, hai să presupunem că eşti o persoană nouă, uităm toate trăsăturile pe care le-ai avut înainte şi îți formezi o nouă personalitate caracterizată prin -se enumera aspectele pozitive-...".

Totuşi, aplicate sub hipnoză, în contextul special creat de aceasta, aceste tehnici par mai verosimile şi acceptabile, nefiind cu mult mai ciudate ca alte lucruri care se întâmplă sub hipnoză.

Intervenţiile la nivel comportamental

înainte de a implementa in vivo un anumit comportament, el poate fi experimentat sau simulat în imaginar sub hipnoză. Se pot identifica astfel consecinţele pozitive ale realizării lui, creşte sentimentul de autoeficacitate al subiectului, se anticipă eventualele piedici şi modul de depăşire a lor, se elimină anxietatea de performanţă.

Intervenţiile la nivel fiziologic

In acest caz hipnoza poate fi folosită în locul tehnicilor de relaxare, cu avantajele şi dezavantajele pe care aceasta le aduce (vezi mai sus). Mai mult, flooding-ul şi desensibilizarea progresivă în imaginar pot fi realizate mai eficient pe fondul hipnozei, deoarece:

- relaxarea este mai adâncă şi mai rapidă;
- imaginile sunt mai intense şi mai clare.

Trebuie însă să se aibă în vedere şi să se elimine dezavantajele pe care utilizarea hipnozei ca tehnică de relaxare le-ar putea aduce (vezi criticile menţionate pe parcursul acestui capitol).

J

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

David, D. (1998). *Hypnosis and operaţional readiness theory,* Studia no. 1-2.

David, D. (1999). *Mecanisme inconştiente de reactualizare a informaţiilor,* Teză de doctorat, Universitatea "Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca.

Holdevici, I. <1996). *Elemente de psihoterapie.* Editura AII, Bucureşti.

Capitolul 14

CONCLUZII SI DISCUŢII GENERALE

- Dan DAVID -

Chapter 14 is entitled "General Discussions". In this chapter, we present the relationship between hypnosis and fundamental research of cognitive psychology, arguing that hypnosis must be closer related to it.

Key words: hypnosis, fundamental research.

Cuvinte cheie: hipnoză, cercetare fundamentală.

Reluând pe scurt cele prezentate până acum în cadrul programului cognitivist de studiu al hipnozei şi pornind de la aspectele practice ale hipnozei prezentate în capitolele anterioare putem afirma următoarele:

(1). Hipnoza este o tehnică prin care se induc modificări ţintă la nivelele subiectiv, cognitiv, comportamental şi biologic\ fiziologic;

(2). Hipnoza şi fenomenele hipnotice trebuie abordate din perspectiva procesării informaţiei;

(3). Cercetările viitoare trebuie să se angajeze în elaborarea microteoriilor despre fenomenele hipnotice ţintă, abandonându-se abordarea clasică, holistă şi globalistă. Aceasta va permite eficientizarea hipnozei prin elaborarea unor noi proceduri care să genereze aplicaţii de anvergură în practica psihologică.

Tehnicile clasice (vezi ca ex. hipnoterapia eriksoniană) dovedindu-şi utilitatea clinică trebuie abordate, interpretate şi reevaluate din perspectivă cognitivă, aceasta contribuind la eficientizarea lor şi la stimulare progresului în domeniu.

La nivel teoretic, programul de cercetare prezentat în această lucrare îşi propune să deschidă noi piste de cercetare prin integrarea a două domenii relativ distincte de cercetare: hipnoza şi psihologia cognitivă. Acest lucru ar duce la revigorarea, demitizarea şi eficientizarea studiului hipnozei printr-o infuzie de cunoştinţe de vârf din psihologia cognitivă, prefigurându-se astfel aplicaţii practice de anvergură. Din perspectiva psihologiei cognitive acest

demers ar fi un test şi o nouă dovadă a maturităţii şi rigorii teoretico-metodologice la care aceasta a ajuns.

La nivel pragmatic, programul de cercetare vizează elaborarea atât a unor tehnici hipnotice noi cât şi aprofundarea celor clasice, eficiente în practica clinică şi juridică, precum şi construirea unui bogat instrumentar de diagnoză şi modificabilitate a hipnotizabilităţii, cu implicaţii directe pentru practica psihologică.

PARTEA A TREIA
(PART THREE)

Capitolul 15

EVALUARE DINAMICĂ ŞI MODIFICABILITATE COGNITIVĂ

- SZAMOSKOZI Ştefan -

In chapter 15 entitled "Dynamic assessment and cognitive modifiability" we syntheticallypresent thefundamental assumptions of the dynamic assessment paradigm, its historical development, and its impact on assessment of cognitive abilities (e.g. in case of intelligence assessment).
Key words: dynamic assessment, cognitive modifiability, intelligence. Cuvinte cheie: evaluare dinamică, modificabilitate cognitivă, inteligență.

Termenii de evaluare dinamică şi de modificabilitate cognitivă se referă la două domenii de aplicare distincte. Evaluarea dinamică apare ca o alternativă la instrumentele tradiționale de diagnostic al inteligenței iar educația (modificabilitatea) cognitivă desemnează un ansamblu de metode şi de programe de intervenție cognitiv-comportamentală care vizează în principal ameliorarea eficienței intelectuale. Cu toate că sunt două domenii cu totul distincte ale psihologiei aplicate, ele au totuşi o origine teoretică comună care porneşte de la postularea educabilității inteligenței. în practică cele două orientări sunt considerate complementare; educația cognitivă este privită ca o prelungire pe terenul educativ a evaluării dinamice a potențialului intelectual şi de dezvoltare.

încă de la începutul secolului cercetarea inteligenței ca aptitudine umană generală s-a desfăşurat în trei direcții esențiale: 1. educarea intelectuală a copiilor cu debilitate mintală; 2. analiza experimentală a proceselor cognitive care intră în structura inteligenței; 3. măsurarea şi diagnosticul inteligenței. O vreme îndelungată aceste orientări s-au desfăşurat relativ independent. Evaluarea dinamică, respectiv educația cognitivă reprezintă o încercare de integrare a acestor direcții.

în încercarea lor de a dezvolta aptitudinile intelectuale ale copiilor debili mintali, pionierii educației speciale au efectuat de fapt primele cercetări empirice asupra inteligenței şi a educabilității acesteia. Binet de exemplu,

înainte de expunerea sistematică a principiilor măsurării inteligenței, propune principii ale educării-dezvoltării acesteia. Metoda lui Binet, denumită "ortopedie mentală" se referă mai mult la necesitatea formării aptitudinii de "a învăța cum să se învețe".

Deci pionierii cercetării inteligenței au susținut ideea - poate numai pe baza observației - că procesele care susțin învățarea sunt implicit şi factori ai inteligenței. Identificând comportamentul inteligent - cu măsurarea/aplicarea cunoştințelor însuşite - ajung la postularea necesității de ai învăța pe elevi cum să învețe. De altfel acest principiu rămâne în actualitate (Brown, 1990) prin modul în care se concepe transmiterea cunoştințelor şcolare în cazul elevilor debili mintali educabili. Testele de inteligență, prin natura fixistă a interpretării rezultatelor obținute de subiecți, descurajează tentativele de educație intelectuală. Educația inteligenței în sensul dezvoltării acesteia a fost înlocuită în mare parte de reeducarea specializată sau instrumentală fondată în mare parte pe o concepție medicală a reeducării. Conform acestei orientări funcțiile psihice considerate deficitare sunt tratate diferențiat, independent unele de altele prin exerciții speciale (mnezice, spațiale, psihomotrice etc). Intervenția de acest fel se adresează deci unui domeniu extrem de îngust al funcționării mentale, iar rezultatele care se aşteaptă se referă la progresul global al eficienței intelectuale. Aceste decupaje din conduita intelectuală generală au determinat de altfel apariția unor sumedenii de reeducatori specializați (ortofonişti, psihomotricieni etc). Prin importanța pe care o acordă structurilor cognitive generale, modelul piagetian permite restaurarea ideii unei educații explicit cognitive a persoanelor cu debilitate mintală. Prin inducerea capacității de elaborare (construire) a sistemelor generale de reprezentări şi scheme ale prelucrării informației se poate provoca-facilita sau determina accesul la etapele/stadiile de dezvoltare a raționamentelor superioare, asigurându-se astfel un progres intelectual relativ generalizat.

REPROŞURI LA TESTELE DE INTELIGENȚĂ TRADIȚIONALE

Lambert (1978) susține că au o utilitate psihopedagogică limitată; sunt fondate pe bilanțul achizițiilor anterioare ale subiectului; hipertrofiază ceea ce nici nu a fost achiziționat în detrimentul a ceea ce ar fi putut fi achiziționat diminuând astfel oportunitățile şi ajutoarele; duc la acceptarea pasivă a deficitului constatat (Feuerstein, 1970), deci privează astfel măsurarea inteligenței de interesul educativ.

Chiar atunci când ia forma vârstei mentale, rezultatul global al testului de inteligență oferă un indiciu grosier al dezvoltării cognitive a subiectului.

Chiar dacă analiza detaliată a itemilor din testele de inteligență poate oferi bazele unui diagnostic diferențial, acesta se dovedeşte ca fiind insuficient pentru elaborarea unui plan individualizat al intervenției educative (Gregoire, 1992).

în general pe baza rezultatelor la testele de inteligență clasice nu se pot elabora reperele intervenției psihopedagogice cu caracter preventiv, compensator şi reeducativ bazate pe reperarea explicită a capacităților emergente şi măsura receptivității subiectului la diferitele tipuri de ajutoare susceptibile a fi oferite. Mai mult, ele determină o anumită cecitate psihologică: a măsura nu înseamnă în mod necesar şi explicit şi a înțelege. Deci nu se oferă informații asupra proceselor care stau la baza performanței, asupra funcționalității acestora. Testele psihometrice se referă mai mult la produsele inteligenței.

Gregoire (1992) încearcă să deceleze procesele şi funcționalitatea inteligenței prin analiza conținutului testelor (analiza de itemi). Sternberg încearcă să deceleze componentele cognitive şi metacognitive care contribuie la rezolvarea itemilor cuprinşi în testele de inteligență. Astfel se încearcă o analiză, o evaluare funcțională şi calitativă a proceselor cognitive care pot efectiv servi ca puncte de plecare pentru intervenția psihopedagogică. Deci evaluarea dinamică se înscrie în demersul elucidării conținuturilor cognitive ale testelor de inteligență.

Studiile orientate spre cercetarea dezvoltării şi structurii inteligenței au neglijat şi nu au luat în calcul aspectele diferențiale, diagnostice şi psihopedagogice ale inteligenței. Focalizate asupra punerii în evidență a proceselor generale care intră în structura inteligenței, aceste lucrări consideră diferențele interindividuale ca date eminamente parazite.

MODIFICĂRI ALE CONCEPTULUI DE INTELIGENȚĂ

Istoria abordărilor conceptului de inteligență relevă existența a două tendințe opuse privind cercetarea acestuia: prima este relevarea componentelor şi a structurii inteligenței, iar a doua relevarea dinamismului acestuia. Atât una cât şi cealaltă au contribuit la construirea testelor de inteligență. Recent, studiile de analiză factorială a testelor precum şi rezultatele psihologiei cognitive - maşinăria cognitivă - au impus tendința analitică în detrimentul concepției globale în abordarea psihologiei facultăților mintale.

Deci, sub influenţa cercetărilor de psihologie cognitivă - prin aplicarea paradigmei prelucrării informaţiei - se poate postula ca definiţie de lucru iniţială că inteligenţa ar fi o sumă de priceperi cognitive relativ generale, care se manifestă sub o multitudine de forme ale prelucrării informaţiei.

Aceste priceperi ("savoir faire") sunt considerate ca fiind direct răspunzătoare de eficienţa intelectuală.

O serie de autori consideră însă că în eficienţa intelectuală mai intervin şi alţi factori:

- gestiunea şi controlul atenţiei;
- procesele care intervin în formarea reprezentărilor privind natura problemei şi a sarcinii;
- modalităţile de codare şi prelucrarea informaţiei;
- procesele de control;
- strategiile cognitive şi metacognitive ale memorării, învăţării şi rezolvării problemelor;
- cunoştinţele generale (logico-matematice, spaţio-temporale şi cauzale).

EVALUAREA DINAMICĂ A INTELIGENŢEI

Conceptul de evaluare dinamică s-a dezvoltat în ultimii douăzeci de ani, avându-şi originea în dezbaterile privind semnificaţia şi condiţiile măsurării inteligenţei, respectiv în anumite critici rezultate din aplicarea testelor de inteligenţă de natură psihometrică.

Critica cea mai veche (accentuat de Binet însuşi) constă în refuzul de a interpreta rezultatele la testele de inteligenţă ca fiind expresia unui potenţial înnăscut, stabil şi imuabil (obs.: aici intră polemica înnăscut/dobândit - ereditate/mediu, adică teza ereditaristă a IQ-ul individului -IQ-coeficient de inteligenţă-).

CRITICILE DE NATURĂ METODOLOGICĂ ALE TESTELOR CLASICE DE INTELIGENŢĂ

- se leagă de natura standardizată a testelor de inteligenţă: examenul se derulează conform unui protocol definit la care examinatorul trebuie să se adapteze;
- neutralitatea binevoitoare: examinatorul să influenţeze pe cât posibil mai puţin subiectul care să recurgă numai la resursele proprii;

- rigiditatea situaţiei de evaluare şi modul de comunicare artificial împiedică o parte considerabilă din subiecţi să-şi confirme potenţialul intelectual;
- examinarea ia forma unui interogatoriu în cursul căruia subiectul nu este informat asupra pertinenţei răspunsurilor sale;
- eventualele încurajări permise de condiţiile de standardizare au o autenticitate scăzută pentru că acestea nu sunt în funcţie de valoarea răspunsului ci urmăresc doar determinarea unei atitudini pozitive faţă de situaţia test a subiectului;
- cu toate că condiţiile testului sunt aceleaşi pentru toţi, nu toţi subiecţii sunt pregătiţi să se adapteze Va acestea în sensul că unii se acomodează greu la condiţia interacţiunii limitate cu examinatorul şi nu pot profita din aceasta (deci care ar fi rolul unui feed-back imediat asupra valorii unui răspuns dat). Se pare că unii subiecţi au o eficienţă crescută dacă au întăriri pozitive şi repetate, alţii nu sunt influenţaţi de acestea (vezi: rolul factorului de personalitate, afectivitate etc. în determinarea performanţei la un testpsihometric).

CONCEPTUL DE EVALUARE DINAMICĂ Tentativa evaluării dinamice este să debaraseze măsurarea inteligenţei de abordarea bazată pe constatarea statistică a achiziţiilor cognitive anterioare. Evaluarea dinamică rezidă în producerea/evidenţierea unei diferenţe între eficacitatea observată în condiţii de examinare standard respectiv eficienţa intelectuală obţinută cu ajutorul examinatorului (vezi aici motivarea hărţii cognitive: tipul şi cantitatea ajutoarelor oferite, respectiv utilizate de către subiecţi aparţinând categoriilor diferite; ca ipoteze avansăm ideile că subiecţii vor utiliza în mod diferenţiat ajutoarele şi că vor realiza un profit de asemenea diferenţiat).

Diferenţa dintre cele două performanţe obţinute în condiţii diferite reflectă de fapt măsura capacităţii potenţiale (deci se evidenţiază rolul condiţiilor de evaluare a contextului).

Evaluarea dinamică încearcă deci reducerea distanţei între performanţă şi competenţă oferind subiectului contexte în care îşi poate exprima/valorifica mai adecvat capacităţile cognitive. Probele standard decontextualizează performanţa, de aici şi caracteristica lor -evaluare in vitro- lipsită de contextul specific în care o aptitudine sau un grupaj de aptitudini se activează).

Pot fi identificate mai multe tipuri de ajutoare în evaluarea dinamică:

1. utilizarea unor sarcini a căror rezolvare nu depinde în mod necesar de achiziţiile cognitive anterioare;

2. anihilarea acelor obstacole actuale care determină ineficienta funcţionării cognitive;

3. inducerea unui nivel optim al funcţionării mintale ţinând cont de natura sarcinii şi capacitatea subiectului;

4. cantitatea şi natura ajutoarelor poate varia de la cele standardizate până la programe de învăţare.

Ajutoarele sunt evaluate în funcţie de:

- cantitatea informaţiilor furnizate;
- volumul interacţiunilor între subiect şi examinator.

Dacă dinamizarea testelor de inteligenţă presupune în mod necesar oferirea de informaţii suplimentare, transmiterea acestora pe durata desfăşurării evaluării presupune deci în mod necesar un volum al interacţiunii subiect-examinator (învăţare mediată, vezi cap.XVI). Aceasta nu se reduce deci la o simplă repetare sau amplificare a unor informaţii ci vizează în esenţă îmbogăţirea repertoriului de interacţiuni între examinator şi subiect care în paradigma standardizată sunt sever limitate sau interzise. Deşi nu toţi autorii instrumentelor de evaluare dinamică se referă întotdeauna la noţiunea de zonă proximă a dezvoltării, acest concept constituie un cadru teoretic privilegiat în care se pot ancora diversele practici de evaluare dinamică. Din această perspectivă expresia "evaluare interactivă" desemnează demersurile interpersonale pe care le intreprinde examinatorul pentru lărgirea paletei de mijloace feed-back privind confirmarea-întărirea comportamentelor rezolutive eficiente ale subiectului.

Scopul instrumentelor de evaluare dinamică nu se limitează numai la reducerea distanţei dintre competenţele şi performanţele subiectului. Prin eforturile depuse de examinator pentru a optimiza funcţionarea cognitivă a subiectului se încearcă evaluarea potenţialului de învăţare şi de dezvoltare. Pentru realizarea acestui scop instrumentele de evaluare conform unei paradigme a experienţei de învăţare cuprinde trei faze:

1. o măsurare iniţială a capacităţilor rezolutive fără un ajutor. De obicei în această fază sunt utilizaţi itemi ai unor teste de inteligenţă psihometrice;

2. o secvenţă mai mult sau mai puţin de durată şi structurată-elaborată, de oferire a unor ajutoare pentru rezolvarea itemilor greşit rezolvaţi sau nerezolvaţi în faza anterioară (1);

3. un retest final care vizează evaluarea gradului de transferabilitate şi de integrare în structurile operatorii cognitive a cunoştinţelor induse în faza de formare (2).

In funcţie de acest design, examinatorul poate urmări realizarea a patru obiective:

1. obţinerea măsurii valide a competenţelor cognitive a subiectului;
2. observarea şi înţelegerea dificultăţilor funcţionale majore;
3. evaluarea potenţialului de învăţare şi de dezvoltare;
4. delimitarea condiţiilor psihopedagogice care sunt susceptibile de a fi induse pentru a actualiza potenţialul relevat în cursul examenului;

Acest ansamblu de obiective ale evaluării dinamice atestă faptul că se urmăreşte reconcilierea măsurării şi înţelegerea funcţionării proceselor cognitive din structura inteligenţei şi în final orientarea diagnosticului psihologic într-un sens educativ.

Aşa cum concluzionează Campione şi Brown (1990), evaluarea dinamică în psihodiagnostic este expresia concepţiilor nonfixiste asupra inteligenţei şi permite observarea (culegerea unor informaţii-date) funcţionării cognitive a subiectului în timpul procesului nemijlocit de rezolvare de probleme care apare sub forma unor sarcini de învăţare. De asemenea, diagnosticul formativ încearcă să elibereze eficienţa intelectuală de piedicile sale de natură non-cognitivă: dinamizarea cuprinde un versant cognitiv reprezentat prin oferirea de informaţii suplimentare şi un versant motivaţional-afectiv prin interacţiune susţinută şi mult mai autentică. De fapt dinamizarea este dublă: ea înseamnă deopotrivă dinamizarea subiectului şi a testului.

CUM SE DINAMIZEAZĂ MĂSURAREA INTELIGENŢEI?

Conceptul de evaluare dinamică reprezintă o ruptură epistemologică în cadrul tehnicilor de măsurare psihologică însă operaţionalizările conceptului sunt departe de a reprezenta la rândul lor o evoluţie metodologică radicală; de multe ori ele reprezintă o prelungire a tehnicilor de măsurare clasică a inteligenţei. De altfel, autorii instrumentelor clasice au creat premisele unor schimbări de acest gen (metodologice) atunci când au încercat prin diferite măsuri - tot de natură psihometrică - să atenueze distorsiunile legate de diferenţele socio-culturale (sau vezi cazul evaluării subiecţilor cu deficienţe senzoriale). în acest sens, anumite detalii tehnice incluse în probele psihometrice clasice cum ar fi: itemi prealabili destinaţi exerciţiului demonstrativ pentru revolvarea celor ulteriori, gradarea itemilor după dificultatea lor, natura identică a unei serii de itemi, pot fi considerate precursori ai dinamizării testelor.

Curente în evaluarea dinamică

în funcție de gradul de operaționalizare a structurii interioare a testului, respectiv în funcție de volumul şi natura interacțiunii cu subiectul există mai multe tipuri de probe formative.

Probele psihometrice cu ajutoare integrate-standardizate - mai ales cele de la începutul apariției acestui curent - cuprind un grad minim de dinamizare. Aceste probe (ex. Longeot) standardizează şi includ în structura probei şi ajutoarele oferite care deci sunt aplicate la toți subiecții în mod nediferențiat. Ajutoarele oferite de aceste probe sunt: descrierea stimulilor, justificarea răspunsului, explicarea răspunsurilor (deopotrivă bune sau greşite). Aceste dinamizări minime determină schimbări minime în condițiile de aplicare originale ale probei. De menționat faptul că, conținutul probei rămâne acelaşi. Asemenea aplicări se întâlnesc de cele mai multe ori în cazul dinamizărilor efectuate asupra probelor Raven, a probelor "culture free" elaborate de Cattel. în cazul acestui tip de dinamizare lipseşte deci o fază explicită de învățare. Ea este prezentă prin acele precizări, feed-back-uri din faza de test. în cadrul fazei post-test care se efectuează fără ajutor se urmăreşte măsura câştigului realizat de subiect (aceasta se traduce prin cantitatea şi stabilitatea câştigului). Această variantă are deopotrivă avantaje şi dezavantaje: nu se depărtează în mod esențial de paradigma psihometrică, dar prin faptul că oferă în mod obligatoriu aceleaşi ajutoare pentru toți subiecții nu permite obținerea acelor informații care relevă specificul funcționării intelectuale la subiectul examinat permite deci, într-o măsură limitată, elaborarea unor planuri individuale de dezvoltare corectivă.

Testele de învățare

Curent inițiat de A. Rey (1934) se referă la evaluarea educabilității printr-un proces de învățare efectivă. In critica adusă testelor de inteligență psihometrice, Rey evidențiază ambiguitatea semnificației şi prin aceasta a interpretării răspunsurilor greşite: nu se poate stabili cu certitudine dacă răspunsurile greşite ale subiectului sunt determinate de deficiențe ale funcționării unor procese cognitive sau de lipsa oportunităților subiectului determinată de condițiile socio-culturale de a achiziționa acele cunoştințe care sunt presupuse de rezolvarea corectă a itemului. Astfel, Rey propune observarea funcționării cognitive a subiectului pe parcursul unui proces de învățare efectivă care permite deschiderea unei ferestre asupra capacităților reale de adaptare a subiectului. Rey încearcă deci dezvoltarea unei metode care să asigure o măsurare mai validă a inteligenței d. p.d.v. ecologic. Deşi nu oferă o definiție explicită a inteligenței Rey porneşte de la o concepție empirică asupra inteligenței: capacitatea de adaptare a subiectului prin achiziționarea de noi cunoştințe şi măsura aplicării acestora în rezolvarea de probleme. în metodele de evaluare preconizate de Rey nu se oferă ajutoare

externe dar se porneşte de la aducerea la acelaşi nivel a subiecților supuşi examinării în sensul că în prealabil li se asigură toate cunoştințele necesare rezolvării corecte a itemilor cuprinşi în proba de învățare

Rey atribuie termenului de educabilitate capacitatea de adaptare a subiectului la o situație nouă care se poate evalua - conform lui Rey - în funcție de rapiditatea şi ritmul-învățării. De altfel nu este singurul care evaluează inteligența prin capacitatea de învățare. Carrol (1975) defineşte inteligența ca fiind timpul necesar pentru învățarea unei sarcini, sau interiorizarea unor metode rezolutive în condiții instructive optime.

Măsurarea potențialului de învățare

Al treilea curent pare să corespundă mai bine conceptului de diagnostic formativ atât din punct de vedere al fundamentării teoretice care-i stă la bază, precum şi prin gradul de adecvare al operaționalizării acesteia tradusă prin instrumentele de evaluare,.

Metoda evaluării potențialului de învățare elaborată şi perfecționată de o serie de cercetători recunoscuți în acest domeniu rămâne în esență în cadrul situației test în concepția clasică a acestuia, deoarece faza de învățare este relativ limitată şi ajutoarele oferite sunt integrate în test şi se pretează la cuantificare numerică (numărul şi tipul ajutoarelor acordate; nivelul performanței realizate în faza de antrenament; profitul cognitiv realizat reflectat prin măsura diferenței rezultatelor pretest-posttest). în interiorul acestei paradigme generale se pot observa o serie de variante care trec în prim plan ca esențiale pentru evaluarea potențialului de învățare:

- natura ajutoarelor utilizate mai eficient de subiecți (obiectuale sau verbale, inducția sau demonstrația etc);
- localizarea momentului acordării ajutorului sau realizarea intervenției (acestea pot fi independente de itemii testului şi se acordă doar în cazul în care este necesar sau sunt incluse în fiecare item al testului);
- natura indicatorilor care servesc la calculul potențialului de învățare.

Prin toate calitățile amintite, această orientare realizează cel mai acceptabil compromis între exigențele măsurării în accepțiunea ei psihometrică şi cerințele principale ale individualizării.

Majoritatea instrumentelor de evaluare dinamică oferă o ierarhizare a nivelelor de ajutoare acordate care sunt în relație cu nivelele de reuşită a subiecților. Derularea fazei de ajutor sau de învățare aduce informații individualizate asupra eficienței funcționării cognitive susceptibile pentru elaborarea intervenției psihopedagogice.

Indiferent de denumire, toate formele de evaluare dinamică oferă o măsură alternativă a eficienței intelectuale. în termenii evaluării dinamice, subiecții sunt creditați cu un potențial de învățare mai mult sau mai puțin elevat. Budoff a operat o distincție între subiecții care evoluează, respectiv cei

care nu realizează progrese în urma ajutoarelor oferite. Brown şi Campione fac distincţie între subiecţii "slow learners-învaţă încet" şi "narrow transferers-transferă greu". Carlson şi Wiedl (1992) consideră că evaluarea dinamică permite decelarea subiecţilor care iniţial au performanţe scăzute, iar după intervenţia formativă realizează un profit cognitiv egal sau superior cu ceilalţi. Deci ei au rezultate slabe la probele de inteligenţă şi bune la cele de învăţare. Acest fenomen aduce în discuţie cel puţin două dintre temele majore ale psihologiei inteligenţei: relaţia care există între metodele clasice de măsurare a inteligenţei, respectiv nivelul de adecvare a concepţiilor teoretice contemporane asupra inteligenţei.

Diagnosticul funcţionării cognitive

Reprezentat de Feuerstein (1979) prin LPAD (Learning Potenţial Assessement Device), diagnosticul funcţionării cognitive pune accentul mai mult pe decelarea dificultăţilor cognitive ale subiectului decât pe măsurarea propriu zisă a inteligenţei. LPAD este instrumentul cel mai adecvat din punctul de vedere al operaţionalizării conceptului de evaluare dinamică. LPAD - conform autorilor (Feuerstein, 1970), nu este destinat măsurării potenţialului de învăţare, dar poate oferi un bilanţ psihopedagogie calitativ asupra acestuia. Construit conform paradigmei pretest ca fază de formare-învăţare - şi posttest, alături de oferirea unui coeficient cantitativ privind măsura modificabilităţii proceselor cognitive, el relevă principalele dificultăţi funcţionale precum şi elaborarea unor intervenţii educative care permit actualizarea/activizarea potenţialelor cognitive. Deci diagnosticul psihologic realizat pe baza LPAD prefigurează schema intervenţiei ulterioare.

Examinarea inteligenţei prin probe operatorii elaborate conform teoriei lui J. Piaget corespunde în fapt exigenţelor evaluării dinamice a inteligenţei (deci cuprinde principalele elemente sau elementele definitorii): individualizarea desfăşurării examenului; interacţiunea subiect-examinator este flexibilă; recurgerea sistematică în timpul examinării la ajutoare externe (eventual să încercăm o analiză comparativă cu metoda clinică a lui Piaget).

Lucrările lui Das constituie o tentativă prometeică de diagnostic a funcţionării cognitive (Das, 1984; Naglieri şi Das, 1990). Aceşti autori îşi propun să elaboreze o baterie pornind de la un model explicit al funcţionării cognitive care ia în considerare patru elemente ale arhitecturii cognitive (atenţia, planificarea, procesările simultane şi secvenţiale de informaţie). Cu toate că probele elaborate pentru evaluarea celor patru tipuri ale funcţionării mintale nu sunt organizate conform paradigmei formative, diagnosticul final constă în indicarea principalelor jaloane ale intervenţiei psihopedagogice, asemeni probelor formative propriu zise.

Două obiective: a măsura sau a interveni?

Evoluţiile recente ale cercetărilor de psihologie cognitiva din perspectiva procesării informaţiei fac credibilă posibilitatea «elaborăm unor instrumente de evaluare a funcţionării cognitive care oferafc oportunitatea descifrării determinantelor moleculare ale maşinăriei cognitive. Perspectiva procesării informaţiei propune adoptarea unui demers analitic, în examinarea funcţiilor cognitive, spre deosebire de perspectiva psihorr^trică a cărei abordare este eminamente globalistă.

Care sunt diferenţele şi avantajele abordări^ d·p·d.v. al psihologiei cognitive?

. psihologia cognitivă asigură clasificarea indivizilor in funcţie de diferentele eficienţei intelectuale globale;

' . propune metode bazate pe analiza funcţionarii intelectuale vizând descrierea caracteristicilor individuale;

. oferă posibilitatea elaborării unor planuri de înterwenţie precise.

în acest context trebuie însă amintită obiecţia lui Pacour: oare aceste probe cognitive pot sau nu oferi un indiciu în plus asupra cap»acitâtu genera e de adaptare a individului la normele sociale în comp,arat,e cu cele psihometrice clasice? Pentru acest fapt Inhelder, *ff*>»£ tg impunerea probelor piagetiene pentru diagnosticul debilităţi», mintale. Deci, utiLrea probelor psihologice bazate pe o analiză *p£~** întampM o serie de dificultăţi care întârzie apariţia lor pe piaţa de teste- psihologice şi intrarea în practica psihodiagnostică curentă. Aceasta deoţarece sunt inca

neCeSarC:i elaborarea unor norme care să vizeze diferent^ funcţionale. Studiul funcţionalităţii proceselor cognitive presupune evalu%rea diferenţelor interindividuale, permiţând astfel discriminările între ^biecţi care au performanţe globale identice;

2. ierarhizarea funcţionalităţii proceselor cogniuv »
3 IO este opac d. p.d.v. al funcţionalităţii.

în concluzie putem susţine că probele psihometrice şi cele dinamice sunt deopotrivă importante şi'utile pentru a fundamenta diagnosticul in funcţie de normele sociale.

Semnificaţia câştigurilor şi alegerea sarcin»lor

Prohlematica evaluării dinamice este în mod aeces* confruntata cu întrebările privind natura şi efectul unui ajutor cognitiv (vezi naUjra-rojul ajutoarelor acordate modul în care acestea se adresează eficienţei intelectuale, deci analiza ajutoarelor).

Problema constă în a demonstra că acele caştlgurl provocate reprezintă o valoare diagnostică dacă acestea corespund. cu un progres cognitiv indiscutabil.

Este sigur că instrumentele de evaluare dinamică prezintă un interes real în măsura în care sunt îndeplinite cel puţin patru condiţii:

1. apare în mod invariabil şi necesar o ameliorare a performanţelor intelectuale la subiecţii care prezintă o eficienţă intelectuală iniţială slabă;
2. permite atenuarea distanţei între subiecţii iniţial cu eficienţă mai redusă şi cei cu performanţe satisfăcătoare;
3. performanţele intelectuale obţinute în urma ajutoarelor constituie un indicator predictiv sau diferenţial valid privind performanţele obţinute în comparaţie cu performanţele obţinute fără ajutor;
4. ameliorarea obţinută este stabilă în timp.

Interpretarea progreselor induse prin instrumentele de evaluare dinamică sunt în mare măsură uşurate prin satisfacerea următoarelor condiţii:

- un model teoretic al sarcinii care să permită aprecierea impactului diferitelor ajutoare în funcţie de gradul iniţial de complexitate;
- existenţa unor modele de rezolvare a sarcinii de la diferiţi subiecţi cu diferite expertize;
- prezentarea unor ipoteze privind cauzele eşecului iniţial la subiecţii mai puţin eficienţi;
- analiza integrării funcţionale a progreselor induse (transfer imediat, pe termen lung, stabilitatea);
- compararea progreselor provocate în populaţia ţintă şi în alt tip de populaţie care diferă prin gradul eficienţei intelectuale de populaţia ţintă;
- decelarea naturii şi formei dificultăţilor intelectuale întâmpinate de populaţia ţintă în comparaţie cu celelalte categorii.

în concluzie, pornind de la aspectele punctuale şi sintetice prezentate mai sus privind evaluarea dinamică, este clar că o schimbare de paradigmă care să aprofundeze aspectele legate de funcţionarea cognitivă şi nu doar cele legate de produsele cognitive nu poate fi decât benefică şi de dorit, aceasta urmând să fundamenteze intervenţia psihologică pentru optimizarea şi dezvoltarea abilităţilor cognitive.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Brown, A. L. (1990). *Domain specific principles ajfect learning and transfer in children,* Cognitive Science, 14, 107/133. Campione, J. C, &

Brown, A. L. (1990). *Guided learning and transfer: implications for approaches to assessment,* Hillsdale, NJ; Erlbaum.

Chi, M. & colab. (1981). *Categorization and reprezentation of physics problems by experts and novices,* Cognitive Science, 15, 121/152.

c prstein R FeU (1970). A *dynamic approach to the causatwn preventionand alLatZ of retarded performance,* In Hayvvood H. C. (Ei). SociTural aspects of mental retardation, N.Y. Appleton.

■ i *W2) Evler Ies troubles cognitifs au moyen des eprevues GrCgP 'JageTnls? Zalyse de auelaues problems metho[illegible]taues,*

Nagïien,rr^^ The

Psychological Corporation.

Capitolul 16

ÎNVĂȚAREA MEDIATĂ

-'Anca DOMUȚA -

Chapter 16 entitled "Mediated learning experience" (MLE), presents mediated learning, its mechanisms and its parameters from Feuerstein's point of view. Intentionality and reciprocity, transcendence and mediation ofmeaning are necessary conditions for an interaction to be qualified as MLE; these components of MLE are considered responsible for what human beings have in common: structural modiftability.

Key-words: *mediated learning experience, structural modifiability, cognitive development.*

Cuvinte cheie: *învățare mediată, modificabilitate cognitivă, dezvoltare cognitivă.*

Dezvoltarea cognitivă este în mare măsură rezultantă a interacțiunii copilului cu mediul fizic sau social. Copilul poate interacționa cu mediul direct, prin expunere nemijlocită la stimulii/evenimentele din mediu, beneficiind astfel de o învățare directă care are la bază principiile behavioriste (S-R). De asemenea, stimulii pot fi mediați copilului de o altă persoană, care se interpune între copil şi mediu; este vorba în acest caz de o învățare mediată (engl. "mediated learning experience").

Teoria învățării mediate incorporează factorul uman în interacțiunea copilului cu mediul (S-H-R). învățarea mediată, distinctă de învățarea prin expunere nemijlocită la stimuli, este procesul prin care mediul fizic şi social este mediat copilului de către un adult sau de către o persoană competentă care înțelege nevoile, interesele şi aptitudinile copilului, rolul mediatorului fiind acela de a selecta stimulii reprezentativi, de a-i prezenta copilului într-o formă pe care acesta să-i poată asimila, iar ulterior să-i poată aplica şi în alte situații. Mediatorul are deci sarcina de a planifica, de a selecta sau structura modul în care copilul interacționează cu mediul fizic sau social.

Procesul de învățare mediată începe de timpuriu, primele interacțiuni - copil-adult- realizându-se nonverbal, învățarea mediată nefiind deci un proces dependent de o anumită modalitate sau de un anumit conținut

lingvistic. Prin învățare mediată copilul beneficiază de o serie de experiențe pe care nu le-a perceput direct, dar care îi sunt accesibile prin mediere de către adult şi pe baza cărora, ulterior, el poate construi noi experiențe. Odată mediate o serie de cunoştințe, ele vor trece dincolo de scopul imediat, copilul putând beneficia ulterior de ele, integrându-le şi aplicându-le la sisteme noi.

Calitatea interacțiunilor mediate este descrisă prin următorii parametri (Feuerstein, 1991):

1) Intenționalitate şi reciprocitate;
2) Transcendență;
3) Medierea sensului;
4) Medierea sentimentului de competență;
5) Medierea reglării şi controlului comportamentului;
6) Medierea verbalizării;
7) Medierea diferențierii individuale;
8) Medierea căutării, formulării şi atingerii scopului;
9) Medierea schimbării: căutarea de nou şi complex;
10) Medierea percepției ființei umane ca entitate supusă schimbării;
11) Medierea căutării de alternative optimiste;
12) Medierea sentimentului de apartenență.

Dintre cei 12 parametri prezentați, primii trei (intenționalitatea şi reciprocitatea, transcendența şi medierea sensului) sunt necesari şi suficienți pentru ca o interacțiune să poată fi clasificată ca proces de învățare mediată. Aceşti trei parametri sunt considerați ca fiind factorii responsabili pentru modificabilitatea cognitivă. Ei sunt parametri universali, fiind întâlniți în orice spațiu cultural, independenți de un anumit status social. Ceilalți nouă parametri enunțați sunt dependenți de anumite sarcini şi sunt puternic relaționați cu anumite culturi, reflectând diversitatea ființei umane în termeni de stil cognitiv, motivație, cunoştințe.

INTENȚIONALITATE ŞI RECIPROCITATE.

Intenționalitatea şi reciprocitatea sunt caracteristicile definitorii ale învățării mediate.

în învățarea mediată, conținutul este modelat de intenția de a media stimuli, activități, relații, acest lucru incluzând şi împărtăşirea intenției de a media conținutul respectiv persoanei mediate. Astfel, cel care face medierea va declara: "te rog să urmăreşti secvențialitatea acestei proceduri, dacă nu reuşeşti am să o repet", "Te rog să urmăreşti ceea ce spun, dacă nu m-ai auzit am să vorbesc mai clar", exprimând astfel intenția de a fi urmărit, şi în schimb

aşteptându-se la a primi un feed-back (verbal, nonverbal, comportamental) din partea persoanei mediate. Reciprocitatea este modalitatea de a transforma 0 intenție implicită într-un act conştient, explicit.

Exprimarea intenției de a media un anumit conținut are influență atât asupra stimulului de mediat cât şi asupra mediatorului şi persoanei mediate. Caracteristicile unui anumit eveniment sunt modificate de intenția mediatorului ca persoana mediată să perceapă conştient evenimentul respectiv.

Stimulul este modificat de mediator astfel încât persoana mediată să-1 poată prelucra mai elaborat; un stimul țintă poate fi modificat la nivel perceptiv (în ceea ce priveşte amplitudinea, tonalitatea, frecvența de apariție) sau la nivelul relaționării cu alți stimuli.

Cea mai bună modalitate de a evalua calitatea unei medieri de tipul părinte - copil sau profesor - elev este aceea de a surprinde transformările produse *de intenția* de a media stimulul respectiv. Cât de diferit este modul în care profesorul transmite cunoştințe de modul în care acestea sunt mediate elevului ? Care este comportamentul unui părinte care are intenția de a învăța copilul mic să realizeze un comportament prin imitație comparativ cu acela când această intenție nu este exprimată? Părintele va realiza mai încet unele gesturi pentru ca ele să poată fi percepute şi înțelese de copil, va amplifica unele mişcări, va explica secvențialitatea lor etc. Ceea ce este important de observat în acest caz este nu numai conținutul mediat ci şi *modalitatea* de mediere aleasă precum şi explicarea alternativei propuse.

TRANSCENDENȚA

O altă componentă a învățării mediate, alături de intenționalitate şi reciprocitate este transcendența. Feuerstein & colab. (1980) susțin că "nu există în existența noastră fizică/biologică procese care să necesite gândire abstractă...asemenea procese apar ca răspuns la nevoile culturale... Astfel, învățarea mediată este responsabilă de acele funcții care trec dincolo de nevoile biologice individuale" (p.26).

în linii generale, transcendența implică trecerea dincolo de situația imediat mediată, extrapolarea la situați generale. Dobândirea unor cunoştințe, priceperi sau deprinderi constituie scopul imediat al unei situații de învățare ce se realizează la nivel părinte - copil sau profesor - elev. Intenția de a-1 face pe copil *să se simtă competent* transcende însă dincolo de scopul imediat de dobândire de cunoştințe, priceperi sau deprinderi.

Intenția de realiza trecerea de scopul imediat nu se realizează întotdeauna conştient. O mamă nu este întotdeauna conştientă de faptul că

atunci când mediază un comportament mediază implicit o serie de scopuri care vizează şi alte comportamente viitoare.

Transcendența, definită ca orientarea mediatorului spre a lărgi interacțiunea dincolo de scopul elementar imediat, creează persoanei mediate oportunitatea de a-şi îmbogăți experiența cognitivă şi afectivă prin relaționarea situației prezente cu evenimente/situații trecute, respectiv cu proiectarea de noi relații între acestea.

Medierea transcendenței este prezentă în orice interacțiune de învățare mediată, oricât de timpuriu s-ar realiza aceasta, ea nefiind doar apanajul situațiilor care presupun generalizări, conceptualizări sau abstractizări. Un părinte care atunci când oferă copilului un măr sau o pară ca desert la o masă îi spune că acestea sunt totodată fructe, mediază copilului cunoştințe care trec dincolo de scopul imediat (acela de a mânca), oferindu-i atât cunoştințe cât şi înțelegere prin relaționarea lor.

Transcendența transformă atât scopul imediat, lărgind sfera acestuia, dar pe de altă parte modifică şi modalitatea efectivă de realizare a lui. Astfel, când un profesor care decide să pedepsească un elev din cauza tulburărilor sale de comportament, renunță ulterior la a-1 mai pedepsi, modifică pe de o parte atât scopul urmărit (trece de la o măsură restrictivă la una care să motiveze elevul) dar şi propriul comportament.

Medierea trascendenței schimbă scopurile primare ale interacțiunii, lărgindu-le, prin includerea unora mai îndepărtate şi în unele cazuri mai importante decât cele imediate.

MEDIEREA SENSULUI

Medierea sensului constituie o a treia componentă necesară învățării mediate. Dacă primele două componente - intenționalitea/ reciprocitatea şi transcendența - reprezentau structura interacțiunii, răspunzând la întrebările: *când, unde, cum* se realizează medierea, medierea sensului se referă în principal la dinamizarea interacțiunii, ea răspunzând la întrebările *de ce, pentru ce* precum şi la alte întrebări care subliniază cauzalitatea a ceea ce urmează să se întâmple. învățarea mediată transmite persoanei mediate sensul interacțiunii, semnificația acesteia, de ce, sau cu ce scop sunt mediate anumite cunoştințe, fiind exprimat astfel explicit scopul imediat al interațiunii.

Referindu-se la medierea sensului, Jensen şi Feuerstein (1985) susțin că obiectele din mediul extern nu au nici un sens pentru copil atâta timp cât sensul acestora nu le este mediat. Medierea sensului începe de timpuriu, mama realizând acest lucru la început predominant prin medieri nonverbale (motricitate, modificări în intonația vocii, în secvențialitatea mişcărilor pe care le realizează), ulterior acestora fiindu-le adăugate medieri verbale. Carew

(1980) găseşte o puternică relaţie între nivelul dezvoltării intelectuale a copilului la vârsta de trei ani şi tipul de interacţiune a acestuia cu părinţii. Astfel, copii cărora le sunt permanent denumite obiectele din mediu precum şi relaţiile existente între acestea dovedesc o dezvoltare intelectuală superioară acelora care nu beneficiau de un mediu familial bogat în medieri de acest tip. Mediul copiilor dezavantajaţi este unul în care comportamentul copilului este controlat predominant prin imperative şi mai puţin prin ancore verbale care să identifice proprietăţi, să numească caracteristici sau modele de comportament. Metaforic spus, sensul deprivării de medieri pare a fi deprivarea de sens (Hess şiShipman, 1968).

Prin medierea sensului, copilului îi este stârnită curiozitatea de căutare de noi sensuri, de noi posibilităţi de relaţionare a cunoştinţelor deja mediate; copilul va fi mereu deschis spre căutare de nou, se va angaja activ în activităţi, neaşteptând pasiv prelucrarea stimulilor oferiţi.

MEDIEREA SENTIMENTULUI DE COMPETENŢĂ include orice comportament sau activitate a adultului care să exprime copilului faptul că ceea ce el realizează reprezintă un succes. Aceste medieri pot fi făcute fie verbal, încurajând activitatea realizată de copil, fie nonverbal prin gesturi sau mimică. Există copii care nu conştientizează succesul sau progresul pe care l-au făcut pe parcurs ce desfăşoară o activitate, rolul adultului fiind acela de a scoate în evidenţă acest lucru, de a-i conştientiza copilului faptul că este competent.

Deoarece a te *simţi* competent şi a *fi* competent sunt două lucruri diferite, medierea sentimentului de competenţă implică luarea în considerare a două elemente: primul se referă la necesitatea oferirii copilului de instrumente pe care utilizându-le să *se simtă* competent, iar în al doilea rând crearea de situaţii în care copilul să îşi poată manifesta competenţele, deci *să fie* competent.

în primul rând copilului trebuiesc a-i fi oferite instrumentele necesare, prerechizitele pentru dobândirea competenţei. Acest lucru se referă la oferirea unor ancore universale pe care copilul să le poată utiliza permanent: strategii generale de rezolvare de probleme, învăţarea modului în care trebuie abordată o problemă, utilizarea de informaţii din cât mai multe surse.

Fiindu-i oferite aceste ancore, copilul trebuie să fie confruntat cu sarcini în care să se simtă competent. Medierea sentimentului de competenţă include deci pe lângă exprimarea explicită a succesului realizat de copil şi crearea de situaţii în care copilul să îşi poată exersa *competenţele,* întărindu-i astfel mai mult încrederea în sine şi facilitând progresul spre noi achiziţii. Simţindu-se competent într-un domeniu sau într-o activitate, copilul va fi incitat spre a căuta noi domenii de competenţă.

REGLAREA ŞI CONTROLUL COMPORTAMENTULUI constau în principal în două activităţi complementare: inhibiţia şi iniţierea unui comportament. Acestea constituie probabil - cantitativ vorbind - una dintre cele mai importante dimensiuni ale interacţiunilor părinte-copil, profesor-elev.

Medierea reglării comportamentului implică două mari componente: alocarea de resurse cognitive pentru culegerea de date relevante din mediu în scopul rezolvării de probleme şi resurse metacognitive. Pentru a putea surprinde datele relevante necesare rezolvării problemelor cu care se confruntă, copilul trebuie să-şi focalizeze resursele atenţionale selectiv, să utilizeze simultan mai multe surse de informaţie, să ignore datele nerelevante în raport cu sarcina pe care o are de rezolvat.

O dată aceste date culese, sarcina copilului va fi aceea de a evalua calitatea informaţiilor de care dispune, de a le atribui sens iar ulterior de a lua decizii eficiente. Toate aceste operaţii implică selectivitate şi un anumit dinamism al comportamentului care trebuie permanent reglat în funcţie de situaţia concretă pe care copilul o are de rezolvat.

Reglarea şi controlul comportamentului sunt mult mai bine acceptate de copil atunci când îi sunt mediate acestuia sensul inhibiţiei sau controlului unui comportamentului respectiv. Dacă i se explică cum şi de ce este mai eficient să abordeze o sarcină într-un anumit mod, copilul va înţelege şi va executa ulterior mai bine sarcini similare. Dacă de exemplu, în rezolvarea unor probleme de matematică copilul nu reuşeşte să găsească soluţia corectă deşi cunoaşte algoritmul corect de rezolvare al problemei, i se explică acestuia că eşecul se datorează unor simple calcule aritmetice pe care nu le-a efectuat corect datorită impulsivităţii, ulterior copilul va fi mai atent la modul în care va efectua calculele matematice. Dimpotrivă, dacă sesizăm o anumită lentoare în efectuarea sarcinilor care cer un ritm susţinut, copilul va fi antrenat în a-şi automatiza anumite comportamente pentru a decide ulterior mai rapid.

Se poate spune astfel că medierea reglării comportamentului nu este universală, este dependentă de o situaţie specifică pe care copilul trebuie să o rezolve. Există culturi în care inhibiţia, planificarea şi organizarea comportamentului nu sunt necesare, oamenii fiind încurajaţi să răspundă într-o manieră impulsivă şi necontrolată la o serie de stimuli din mediu (Feuerstein, 1991).

Medierea reglării comportamentului, bazată pe sarcini cognitive şi metacognitive, este extrem de necesară astăzi cu atât mai mult cu cât mediul se schimbă extrem de rapid, sistemul cognitiv fiind supus a face faţă unor schimbări din ce în ce mai rapide. Din punct de vedere al programelor de

intervenţie pedagogică sau al celor de îmbogăţire instrumentală reglarea si controlul comportamentului au un rol central.

Intenţionalitatea şi reciprocitatea, trecerea dincolo de scopul imediat al acţiunii şi medierea sensului constituie condiţiile necesare şi suficiente pentru ca o interacţiune copil-adult să poată fi considerată învăţare mediată Medierea sentimentului de competenţă şi reglarea comportamentului, deşi reprezintă criterii ale învăţării mediate, nu sunt suficiente pentru învăţarea mediată.

Un mediu nesuportiv, afecţiuni ale SNC care nu permit o învăţare mediată eficientă vor determina deficienţe la diferite nivele de procesare a informaţiei. Aceste deficienţe ale funcţionării cognitive pot fi situate la nivel periferic (culegerea de date şi comunicarea deciziilor), la nivel central (de elaborare a informaţiilor), adesea putând determina dezechilibre motivaţionale sau afective.

La nivel de input, aceste deficienţe pot fi:

- percepţie inadecvată a stimulilor;
- comportament neplanificat, impulsiv;
- lipsa ancorelor verbale prin care se realizează etichetarea stimulilor, afectând astfel discriminările între stimuli;
- slabă capacitate de orientare spaţială;
- ineficienta utilizare a ancorelor temporale;
- lipsa conservării constantelor (mărime, formă, cantitate, culoare);
- imprecizie în sesizarea informaţiilor relevante;
- slabă capacitate de a utiliza simultan mai multe surse de informaţie.

La nivel de elaborare, funcţiile cognitive deficitare determină o prelucrare ineficientă a datelor de care dispune subiectul. Aceste deficienţe pot fi:

- lipsa capacităţii de formulare a problemei;
- inabilitate în selectarea ancorelor relevante care definesc problema;
- lipsa comportamentului comparativ sau limitarea acestuia la o sferă restrânsă de activităţi;
- deficienţe în gândirea inferenţială;
- slabă capacitate de testare a ipotezelor;
- lipsa comportamentului de planificare;
- slabă capacitate de interiorizare;
- incapacitatea de a elabora categorii datorită lipsei repertoriului verbal necesar sau a lipsei de înţelegere a ancorelor verbale.

La nivel de output, factorii deficitari determină o slabă capacitate de comunicare a soluţiei, a răspunsurilor. Trebuie subliniat faptul aceste deficienţe pot apărea independent de fazele anterioare; lipsa capacităţii de a comunica soluţia sau de a lua o decizie poate apărea chiar dacă nu au existat

tulburări de procesare a informaţiei în fazele de input sau elaborare.

Deficienţele la nivel de output se referă în principal la:

- egocentrism în comunicarea soluţiilor;
- dificultate în proiectarea situaţiilor posibile;
- blocaj;
- răspunsuri bazate pe încercare-eroare;
- lipsa limbajului necesar comunicării soluţiei;
- deficienţe în transportul vizual;
- impulsivitate. Printr-o interacţiune de învăţare mediată pot fi radiografiate aceste

deficienţe apărute la nivelul procesării informaţiei, următorul pas fiind acela al stabilirii programelor de recuperare.

învăţarea mediată are un rol major în evoluţia cognitivă a copilului, a sistemului motivaţional şi de interese, punându-şi amprenta asupra dezvoltării cognitive încă din primii ani de viaţă. Klein (1988, 1992) operaţionalizând interacţiunile de învăţare mediată şi realizând observaţii sistematice ale interacţiunilor mamă-copil încă primele luni de viaţă ale copilului, găseşte învăţarea mediată ca predictor semnificativ al dezvoltării cognitive ulterioare a copilului.

Concluzionând, se poate spune că învăţarea mediată, alături de învăţarea prin expunere directă la stimuli reprezintă două modalităţi prin care copilul interacţionează cu mediul fizic şi social, ambele constituindu-se în prerechizite necesare ale modificabilităţii cognitive şi ale adaptării flexibile la mediu. *Cum* se realizează învăţarea mediată, *cine* realizează învăţare mediată, *ce* implică învăţare mediată depinde de un anumit conţinut care este mediat, învăţarea mediată însă trebuie privită ca fiind o *calitate* a unei interacţiuni şi nu ca un conţinut specific, o slabă prezenţă a acesteia determinând o serie de distorsiuni în funcţionarea sistemului cognitiv.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Carew, L. (1980/ *Experience and the development of intelligence in young children at home and in day care,* Monographs of the Society for Research in Child Development, 38. Feuerstein, R., Rând, Y., & Hoffman, R. (1980). Instrumental Enrichment: An Intervention Program. For *Cognitive Modifiability.* Baltimore: University Park Press. Hess, R. D., & Shipman, V. C. (1968). *Maternal influences upon early learning: The cognitive environments of urban pre-school children.* In R. D. Hess and R. M. (Eds.). Early education, *current theory, research and action. Chicago: Aldine.* Jensen, M. R., & Feuerstein, R. (1987). *Dynamic assesement of retarded performers with the Learning Potenţial Assessment Device: From philosophy to practice.* In C. S. Lidz (Ed.). Dynamic assessement: An interactional approach to evaluating learning potenţial. NY: Guilford Press. Klein, P. S. (1992). *Assessing cognitive modifiability oflnfants and Toddlers: Observations Based on Mediated learning experience.* în H. C. Haywood şi E. Tzuriel (Eds.) Interactive Assessment, Springer-Verlag New Zork Berlin Heidelberg. Klein, P. S. (1988). *Stability and change in interaction ofisraeli mothers and infants.* Infant Behavior and Development, 11,55-70.

Capitolul 17

INTELIGENŢĂ ŞI TRANSFER

- JANOS Reka -

In chapter 17, entitled"'Intelligence and transfer", we emphasise and detail the relationship between intelligence and transfer and its impact on dynamic assessment and formativ diagnosis.
Key words: intelligence, transfer, dynamic assessment.
Cuvinte cheie: inteligenţă, transfer, evaluare dinamică.

Diagnosticul formativ (evaluarea dinamică) şi transferul învăţării sunt două concepte strâns legate între ele. în cursul unei sesiuni de diagnoză formativă, examinatorul oferă subiectului cunoştinţe declarative şi procedurale necesare rezolvării itemilor (faza de învăţare), iar într-o fază ulterioară (faza test) se măsoară capacitatea subiectului de aplicare, în situaţii noi, a acestor cunoştinţe. Făcând o retrospectivă asupra studiilor ce au vizat transferul învăţării, regăsim această paradigmă formativă, ceea ce pledează pentru strânsa relaţie între evaluarea dinamică şi mecanismele transferului.

Pentru o mai bună înţelegere a mecanismelor cognitive implicate în diagnosticul formativ reluăm mai întâi fazele şi procesările cognitive care apar în cadrul transferului şi care par a fi comune în ambele situaţii. în majoritatea experimentelor asupra transferului, într-o fază primară, subiecţii sunt confruntaţi cu o problemă (poate fi orice problemă de matematică, fizică etc. sau o probă practică sau motrică), care va constitui problema-sursă din experiment. Aceste probleme sunt, în general, astfel alese ca subiecţii să nu aibă cunoştinţe anterioare asupra rezolvării lor. Experimentatorul oferă acele cunoştinţe care sunt necesare pentru rezolvare şi se convinge asupra performanţei de utilizare a acestor cunoştinţe. Subiecţii, într-o fază secundară, sunt confruntaţi cu o altă problemă, problema-ţintă, care este similară cu ceea iniţială şi se verifică performanţele subiecţilor în rezolvarea ei. Similaritatea dintre cele două probleme variază de la similaritatea totală la aceea care se manifestă doar la structura relaţională a celor două probleme. Cu cât sunt mai similare două probleme, atât la nivelul proprietăţilor de suprafaţă cât şi la nivelul structurii relaţionale, cu atât cresc performanţele de rezolvare ale

problemei-țintă. Odată cu dispariția elementelor comune de suprafață rata transferului de cunoştințe scade linear.

Studierea transferului de cunoştințe a cunoscut o largă popularitate de-a lungul anilor. încă la începuturile secolului XX s-au realizat primii paşi în studierea experimentală a transferului: o aptitudine însuşită de un subiect va facilita executarea unor sarcini noi care se leagă de aceeaşi aptitudine. Teoria a fost numită "Teoria elementelor identice" în care Thorndike enunță: "între două sarcini apare transfer dacă şi numai dacă cele două sarcini conțin elemente identice, deci se bazează pe aceeaşi aptitudine". Această lege a fost formulată după efectuarea unui şir de experimente dintre care cel mai cunoscut este cel în care subiecții, în prima fază, faza de învățare, au fost solicitați să caute şi să sublinieze cuvinte care conțin o anumită pereche de litere, de ex. r-t, într-un text. în următoarea fază, subiecților repartizați în mai multe grupe, li s-a prezentat un alt text şi erau rugați să caute şi să sublinieze cuvintele care conțin perechea de litere inițială, deci perechea r-t. Alt lot de subiecți era solicitați să caute cuvinte care conțin numai una din literele inițiale, iar perechea acesteia era schimbată, de ex. r-p sau (un alt lot) erau puşi să sublinieze cuvinte cu perechi de litere total schimbate, de ex. j-h. S-a constatat că cea mai mică schimbare la nivelul stimulului, adică în perechea de litere, duce la scăderea performanței. Un argument critic asupra acestor interpretări a rezultatelor (vezi legea enunțată) se leagă de neluarea în considerare a unor date empirice: şi în cazul în care subiecții erau confruntați cu stimuli totalmente schimbați performanța lor era mai ridicată decât performanța grupului de control (care nu era supus primei faze). Concluzia generală a acestor experimente ne conduce la ideea că există transfer de cunoştințe la un nivel mult mai general decât credea Thorndike. Fiind nesigur de natura elementelor răspunzătoare de acest transfer general, Thorndike se baza mai mult pe noțiunea de identitate (Orata, 1928). Deşi în teoria elementelor identice Thorndike considera mai ales realitatea fizică şi nu a recunoscut niciodată necesitatea reprezentărilor mentale abstracte, totuşi merită să apreciem eforturile sale deoarece paradigma asupra transferului, impusă de el s-a constituit în factor catalizator pentru studiile ulterioare în acest domeniu.

în transfer, cea mai dificilă problemă o reprezintă descifrarea similarității dintre două probleme, evenimente sau domenii. încă din anii '40 s-a plus problema impactului nivelului de procesare al informației asupra transferului de cunoştințe. Deşi foloseau noțiunea de învățare, aceasta este foarte similară cu ceea ce astăzi numim codarea sau procesarea informației. Wertheimer, Koffka şi Katona (1940) delimitează calitativ strategiile de învățare mecanice şi cele logice, prima însemnând doar asimilarea cunoştințelor, fără o înțelegere aprofundată al acestora, iar a doua referindu-se la descoperirea structurii interne logice a materialului de învățat.

Wertheimer (1945) a studiat variabilitatea naturală pe care o manifestă subiecții în abordarea problemelor, arătând că există o funcție lineară între adâncimea învățării şi performanța de transfer. Katona (1940), continuând paradigma clasică în studierea transferului, în faza de învățare strategii diferite de abordare a problemelor şi a măsurat empiric impactul acestora asupra performanței de transfer. A utilizat două tipuri de strategii:

• *strategii mecanice* - aceste strategii fiind utile doar în rezolvarea unei probleme particulare. învățarea lor facilitează incontestabil rezolvarea problemelor cu conținuturi izomorfe;

• *strategii generale* - sunt strategii care se bazează pe structura relațională a unei game mari de probleme. Prin asimilarea acestora este posibilă rezolvarea problemelor similare la nivelul relațiilor structurale.

Strategiile mecanice nu implică înțelegerea relațiilor structurale. Ele pot fi considerate ca proceduri programate în calculatoare care în anumite condiții se activează şi conform programului rezolvă problema. La nivelul învățării umane orice schimbare la nivelul stimulului exclude activarea lor, deci sunt folositoare doar când o problemă este repetată fără modificări.

Meritul lui Katona este acela că a atras atenția, pentru prima dată, asupra diferențelor calitative în reprezentarea problemelor şi a impactului acestora asupra transferului. Cercetări recente conduse de Brooks şi Dansareau (1987) au demonstrat aceste presupuneri, concluzionând că dacă învățarea inițială nu implică înțelegerea, atunci aceste cunoştințe vor facilita performanța doar la repetarea problemelor. în cazul probelor formative, conform acestor considerente, subiecții trebuie să asimileze strategii rezolutive generale care să amorseze rezolvarea oricărei probleme relaționate structural, fără a ține seama de posibilele diferențe de suprafață la nivelul stimulilor.

Ştiind că aptitudinile cognitive formează un sistem ierarhic, cu aptitudini sub- şi supra ordonate, o altă gamă de cercetări a vizat sensul transferului, adică încercarea de a găsi răspuns la întrebarea dacă transferul de cunoştințe poate să apară doar între aptitudini care se află la acelaşi nivel, sau şi între o aptitudine de ordin inferior şi una aflată la un nivel superior. Gagne (1960) a studiat această problemă pentru prima dată, meritul lui fiind că a renunțat la experimentarea tipică în laborator, şi a studiat problema în mediu natural, adică în şcoală. Materiile din şcoală, ca şi unele probe formative, formează un sistem în care cunoştințele dobândite ulterior se leagă de cunoştințele anterioare, implicând aptitudini din ce în ce mai complexe. In acest sistem, deplasarea se face lateral, adică între cunoştințe care au la bază aceeaşi aptitudine, şi din jos în sus, adică între cunoştințe aflate la nivele diferite de aptitudine (d.p.d.v. al generalității). Acesta a introdus noțiunea de transfer-lateral, între cunoştințe la acelaşi nivel de aptitudine şi noțiunea de transfer-vertical, de la o cunoştință bazată pe o aptitudine subordonată la

cunoştinţe bazate pe aptitudini supraordonate acesteia. Prin două exemple încercăm să arătăm concret aceste mecanisme, din două domenii, unul fiind legat de materiile din şcoală, celălalt de o probă formativă. Pentru efectuarea împărţirii a două numere următoarele aptitudini sunt strict necesare: cunoaşterea noţiunii de număr, a semnelor de matematică (+;-;x;:;=), a operaţiilor de adăugare, de scădere, de înmulţire. Ierarhia conţine deci mai multe nivele, în care "deplasarea" cunoştinţelor se face vertical (ex. de la conceptul de număr la operaţiile asupra numerelor) sau lateral (ex. de la operaţia de adunare la cea de înmulţire). într-o probă formativă, de exemplu în Proba Organizării Punctelor, rezolvarea corectă necesită atât cunoaşterea noţiunii de unghi, latură, egalitate, paralel, dreptunghi, triunghi şi pătrat (cunoştinţe declarative), cât şi modul în care se desenează: desenarea unui triunghi, a unui pătrat prin luarea în considerare a unor constrângeri impuse de problemă (cunoştinţe procedurale). Şi acest caz ilustrează principiul stabilit de Gagne şi Paradise (1964): asimilarea unui set de aptitudini aflate la un nivel particular al ierarhiei este funcţia însuşirii nivelelor subordonate acestuia). Adică fără cunoaşterea noţiunii de egalitate şi a modului de desenare al unui pătrat nu pot fi rezolvaţi itemii acestei probe. în faza de învăţare a probelor formative se realizează tocmai această egalizare a cunoştinţelor şi se măsoară capacitatea de aplicare a acestora în situaţii noi (în faza de posttest). Un alt aspect interesant al acestor probe formative este faptul că itemii testului sunt aranjaţi în ordinea dificultăţii de rezolvare a acestora. Subiectul, rezolvând mai întâi itemii mai simpli, poate să asimileze spontan cunoştinţele necesare rezolvării itemilor mai dificili, fără a avea nevoie de un ajutor exterior, fapt ce denotă un nivel de inteligenţă mai ridicat.

O altă taxonomie a transferului se realizează prin luarea în considerare a tipului de cunoştinţe asimilate într-o fază primară şi tipul de cunoştinţe implicate în rezolvarea problemei-ţintă. Cunoştinţele declarative sunt reprezentate de cunoştinţe uşor verbalizabile şi uşor accesibile conştiinţei. Verbalizarea cunoştinţelor procedurale este greoaie de multe ori imposibilă (Singley şi Anderson, 1989, p.190). în general cunoştinţele se asimilează într-o formă declarativă care ulterior conduce şi guvernează codarea informaţiilor necesare cunoştinţelor procedurale.

La baza transferului pot fi atât cunoştinţe declarative cât şi cunoştinţe procedurale, care la rândul lor pot fi utilizate atât în asimilarea cunoştinţelor declarative cât şi la executare unor proceduri, rezultând astfel o taxonomie 2x2:

Cunoştinţe de bază	Cunoştinţe-scop procedurale	Cunoştinţe-scop declarative
procedurale		
declarative		

Diagramă (după Singley şi Anderson, 1989).

După cum reiese şi din diagramă, atât cunoştinţele declarative cât şi cunoştinţele procedurale pot constitui bază de transfer, atât în catul asimilării cunoştinţelor declarative cât şi în cazul celor procedurale, dând naştere la 4 tipuri de transfer.

1. *Transfer declarativ-declarativ* - cunoştinţele declarative asimilate într-un context pot facilita asimilarea unor noi inputuri declarative. De exemplu, cunoscând noţiunile legate de triunghi (latură, unghi etc.) se învaţă mai uşor cunoştinţele legate de pătrat. Experimente conduse în domeniul schemelor şi al modelelor mintale sugerează că asimilarea noilor cunoştinţe se realizează aproape automat când asimilarea structurilor de integrare s-a produs anterior (Kieras şi Bowair, 1984). Existenţa structurilor integratoare legate, îngreunează asimilarea noilor cunoştinţe, dând naştere la fenomenul bine cunoscut - interferenţa.

2. *Transfer declaraîiv-procedural* - informaţiile declarative deja stocate în memorie pot guverna şi orienta asimilarea noilor cunoştinţe procedurale. Anderson (1985) considera că toate cunoştinţele se asimilează mai întâi sub formă declarativă, ulterior ele transformându-se în cunoştinţe procedurale prin o serie de mecanisme (ex. proceduralizarea, exerciţiul, reducerea etc).

3. *Transfer procedural-procedural* - anumite principii procedurale pot fi transferate dintr-un context în altul (Gick şi Holyoak, 1983). Cunoştinţele procedurale sunt considerate ca abstractizări ale regulilor generale care facilitează rezolvarea problemelor similare structural (Fong şi Nisbett, 1991). Rezumând, acest tip de transfer apare când o procedură deja abordată facilitează abordarea unor noi principii sau apare în rezolvarea de probleme, un principiu rezolutiv în problema-sursă care ajută rezolvarea problemei-ţintă prin transferarea principiului rezolutiv.

4. *Transfer procedural-declarativ* - desemnează aptitudini cognitive care facilitează asimilarea noilor cunoştinţe declarative. Deşi se pare că acest tip de transfer este foarte complicat, el se poate referi la situaţii

foarte simple, de exemplu citirea (cunoştinţă procedurală) şi în cultura noastră joacă un rol important în asimilarea majorităţii cunoştinţelor declarative.

Aceste patru tipuri de transfer apar şi în cazul probelor formative. în faza de învăţare trebuie delimitate clar ajutoarele externe date de către experimentator, mai ales în ceea ce priveşte tipul cunoştinţelor oferite, adică cunoştinţe declarative sau cunoştinţe procedurale. în majoritatea probelor formative, în faza de învăţare subiecţilor li se oferă mai întâi cunoştinţe declarative necesare rezolvării itemilor şi se verifică dacă numai pe baza acestora subiectul va fi capabil să rezolve itemul respectiv. Dacă aceste cunoştinţe nu duc la creşterea performanţei, atunci experimentatorul acordă şi cunoştinţele procedurale pentru rezolvare. De fiecare dată asigurarea procedurilor de rezolvare se face de la cele generale la cele particulare. După cum am mai arătat anterior, o strategie generală poate fi aplicată la rezolvarea mai multor itemi relaţionaţi structural, în timp ce o strategie particulară facilitează doar rezolvarea aceluiaşi item sau a itemilor similari atât la nivel de suprafaţă cât şi de structură.

între inteligenţă şi capacitatea de transfer există o legătură strânsă; cu cât subiectul profită din mai puţine cunoştinţe şi cu cât este mai capabil de transferarea acestora în situaţii noi, cu atât se apreciază ca având un coeficient de inteligenţă mai ridicat. Capacitatea de transfer este o componentă importantă a inteligenţei conform teoriei inteligenţei a lui Sternberg (1983). Debilii mintali şi persoanele cu inteligenţă de limită pot asimila noi cunoştinţe aproape în acelaşi timp şi cu aceeaşi performanţă ca persoanele cu inteligenţă normală, dar accesibilitatea acestor cunoştinţe diferă între aceste categorii. în cazul debililor mintali şi a persoanelor cu inteligenţă de limită, problemele şi situaţiile se leagă mai ales de existenţa anumitor elemente concrete, fără a avea loc o abstractizare logică a principiilor rezolutive sau a explicaţiilor care se leagă de un anumit domeniu. în literatura de specialitate a transferului există un exemplu elocvent şi anume problema expusă de Duncker (1945). Conform acestuia, un pacient care are o tumoră internă şi nu poate fi operat din cauza anumitor factori, are nevoie de radioterapie. Dilema doctorului este aceea că pentru a distruge tumora, radiaţiile utilizate trebuie să aibă o anumită intensitate, utilizarea acestora însă ar conduce la distrugerea ţesuturilor sănătoase, iar dacă radiaţiile nu ating această intensitate, atunci nici tumora nu poate fi distrusă. Cum poate fi rezolvată problema ? Singura posibilitate este divizarea razelor în raze cu intensitate mai scăzută care însă să se focalizeze pe teritoriul tumorei. Astfel, tumora va fi distrusă şi ţesuturile sănătoase rămân neatinse. Despre această problemă, diferiţi subiecţi întocmesc reprezentări mentale diferite. Unele reprezentări se leagă doar de elementele concrete (medic, pacient, tumoră, radioterapie etc.) şi de proprietăţile de suprafaţă ale acestora (intensitate mai mică, ţesut sănătos etc), altele sunt mai complexe, conţin abstractizările generale procedurii rezolutive, adică

posibilitate de a trece printr-un obstacol, prin divizarea unei forţe mai mari în unităţi mai mici. Or, când un subiect reuşeşte abstractizarea acestui principiu, va fi capabil de rezolvarea unei game largi de probleme care are la bază tocmai acest principiu.

în cazul probelor formative se întâmplă aceleaşi lucru: dacă subiectul este capabil să abstractizeze principiile rezolutive, adică procedurile generale, va fi capabil, după recunoaşterea similarităţii, să aplice procedurile în situaţii noi. Dacă însă reprezentarea conţine principiul de rezolvare legat strâns de contextul în care s-a realizat învăţarea, acesta va putea fi aplicat doar la repetarea itemului. Rolul experimentatorului este:

- să stabilească o conexiune între cunoştinţele acordate de el şi mediul natural al copilului (transfer declarativ-declarativ);
- să explice că itemii pot fi conectaţi pe baza procedurilor de rezolvare a acestora; deci asimilând un singur procedeu, acesta poate facilita rezolvarea mai multor itemi (transfer procedural-procedural).

în multe situaţii pot apărea noi cunoştinţe doar pe baza fructificării exemplelor modelate în rezolvarea unei probleme ("worked-out examples") în situaţii noi. Din anii '80 atât psihologia cognitivă cât şi psihologia educaţională prezintă un tot mai mare interes asupra acestui tip de învăţare, mai ales în domenii bine structurate (Corral, 1994, Zhu şi Simon, 1987).

Cel mai reuşit experiment pe această temă se leagă de numele lui LeFevre şi Dixon (1986), care au studiat strategiile de învăţare preferate de către copii. Copiii, în acest experiment, au fost confruntaţi cu probleme complexe şi li s-a oferit două soluţii de rezolvare ale acestora:

a. O instrucţiune abstractă textuală (cunoştinţe declarative);
b. Un exemplu model detaliat (cuprinde secvenţial toţi paşii de rezolvare) -cunoştinţe procedurale.

Cele două informaţii-sursă permiteau delimitarea strictă a strategiilor preferate de copii după colectarea rezultatelor în rezolvarea problemei. Rezultatele au arătat o preferinţă clară a exemplelor elaborate şi în acele cazuri în care aceasta conducea la soluţii greşite sau conţinea mult mai puţine informaţii decât instrucţiunea textuală.

Preferinţa pentru exemplele model pare a fi funcţională din cel puţin două considerente (Novick, 1988).

1. Problemele pot fi rezolvate fără deducţia greoaie a structurilor elementare de cunoştinţe. De multe ori, pentru novicii în anumite domenii tocmai această abstractizare a principiilor este imposibilă, deoarece nu au cunoştinţele declarative necesare.

2. Eficienţa modelelor în rezolvarea noilor probleme apare în acele situaţii a căror structură relaţională nu este încă cunoscută de copil- In

asemenea situații, transferul presupune transportarea cunoştinţelor procedurale fără o bază de cunoştinţe declarative corespunzătoare.

Aceste "probleme model" sunt utilizate şi în probele formative, fie sub forma unor cunoştinţe declarative, situaţie în care examinatorul elaborează detaliat rezolvarea unui item (trebuie să recunoaştem că acest lucru, pe lângă avantaje, are un dezavantaj major: explicitând doar un singur principiu rezolutiv, acesta poate fi reluat doar dacă situaţia actuală se repetă - strategie mecanică), - fie prin asigurare unor modele obiectuale pe care subiectul poate să manipuleze şi, prin interiorizarea propriei activităţi, să asimileze un procedeu general de rezolvare. Aceste modele obiectuale par a fi cele mai utile la Proba Formelor Decupate.

Teoriile psihologice clasice argumentează că rezolvarea de probleme se realizează prin apelare la reguli abstracte sau formale. Mult mai recent, se insistă pe rolul cunoştinţelor domeniu specifice în rezolvarea de probleme.

Principalul indicator al profitului cognitiv realizat de subiect ca urmare a fazei de învăţare este coeficientul de transfer (Szamoskozi, 1997), care exprimă raportul dintre rezultatele din faza de pretest şi de posttest. Se presupune că cunoştinţele pe care copilul încă nu le avea în prima fază dar le are în posttest sunt rezultate din transferul cunoştinţelor declarative şi procedurale din faza de învăţare. Definind inteligenţa ca fiind capacitatea de aplicare eficientă a cunoştinţelor în situaţii noi, atunci un copil care are un coeficient de transfer ridicat nu poate fi considerat debil mintal. Dacă însă testele clasice de inteligenţă indică un nivel intelectual scăzut care se asociază cu un coeficient de transfer ridicat se pare că subiectul nu poate fi etichetat ca "neinteligent", dar se poate afirma că are un handicap intelectual datorită mediului în care a crescut, acest neajuns fiind însă recuperabil prin programe speciale de educaţie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ/SELECTIVE REFERENCES

Anderson, J. R. (1985). *Cognitive Psychology and its implications,* New York: W. H. Freeman & Co. Brooks, L. W., & Dansereau, D. F. (1987). *Transfer of information: An instructional perspective,* In S. P. Cormier & J. D. Hagman (Eds.). Transfer of learning: Contemporary Research and Applications, New York: Academic Press. Fong, G. T., & Nisbett, R. E. (1991). *Immediate and delayed transfer of training effects in statistical reasonig,* Journal of Experimental Psychology: General, 120, 34-45. Gagne, R. M. (1960). *The conditions of learning,* New York: Hoit, Rinehart & Winston. Gick, M. L., & Holyoak, K. J. (1983). *Schema induction and analogical transfer,* Cognitive Psychology, 15, 1-38. Kieras, D. E., & Bovair, S. (1984). *The role of mental model in learning to operate a device,* Cognitive Science, 8, 225-273. LeFevre, J. A., & Dixon, P. (1986). *Do written instructions need examples?* Cognion, 3, 1-30.

Chapter 18

DYNAMIC ASSESSMENT OF HYPNOTIZABILITY

- Dan DA VID -

Capitolul 18 este intitulat "Evaluarea dinamică a hipnotizabilităţii". In acest capitol abordăm problema hipnotizabilităţii în cadrul paradigmei evaluării dinamice a funcţiilor cognitive. Considerăm hipnotizabilitatea ca fiind modificabilă prin tehnici specifice de intervenţie de natură cognitiv-comportamentală. Pornind de la programul Carleton de modificare a hipnotizabilităţii elaborat de Gorassini şi Spanos în 1986 şi de la "Teoria deschiderii operaţionale asupra hipnozei" expusă în cap. 11, am propus o variantă îmbunătăţită a acestuia, variantă care asimilează noile rezultate ale cercetării fundamentale din psihologia cognitivă şi diagnosticul formativ (evaluarea dinamică). ***Cuvinte cheie:*** *evaluare dinamică, hipnotizabilitate.* ***Key words:*** *dynamic assessment, hypnotizability.*

INTRODUCTION TO THE DYNAMIC ASSESSMENT PARADIGM

Many believe that man's abilities are irrevocably fixed and rendered unchangeable by biological endowment. This position is no longer tenable. Although it is known that biological factors establish certain boundaries, all the evidence suggests that the range of variation resulting from disparity of environmental factors is very great (Ferguson, 1956). As a consequence, Feuerstein (1979; 1991) elaborated an approach called Learning Potenţial and Its Dynamic Assessment (LPAD), constructed to assess subjects' cognitive modifiability rather than their stable characteristics or merely their present funcţional levels of the cognitive structure. Three levels of inference are employed in the LPAD: (1) measurement of levels of manifest functioning, (2) exploration of conditions under which manifest functioning may be improved and (3) assessment of modifiability bringing in cognitive structure through the mediation of functions and strategies in phase 2.

Feuerstein's work has resulted in a resurgence of interest in dynamic assessment of cognitive functioning. Although it takes place under varied approaches (see Szamoskozi, 1997), the fundamental assumptions of these remain the same. As a general point, one may notice that dynamic assessment focuses mainly on cognitive functioning, ignoring other aspects of human being (e.g. personality traits etc).

Our work is concerned mainly with the application of dynamic assessment paradigm to other aspects of human being rather than cognitive functions (e.g. hypnotizability), trying to extend the concept of dynamic assessment beyond its tradiţional meaning.

DYNAMIC ASSESSMENT OF HYPNOTIZABILITY

Some authors conceptualize hypnotizability as involving a modifiable interrelated set of social-cognitive skills and attitudes (Barber, 1969; Diamond, 1974; Gorassini and Spanos, 1986; Spanos, 1989). However, other investigators conceptualized hypnotizability as a relatively stable trait-like attribute (Hilgard, 1975; Bowers, 1976). Both groups of authors have tried to demonstrate their theoretical positions by different interpretations of the evidences of some studies (Gorassini and Spanos, 1986).

Past research (Diamond, 1974) demonstrated that hypnotizability could be enhanced to a statistically significant degree by a variety of techniques: repeated individualized hypnotic testing experiences, personal growth training, biofeedback, relaxation techniques etc.

Trăit theorists who refer to these studies argue that the gains in hypnotic ability, although statistically significant, are quite small and are caused only by enhancing positive attitudes towards hypnosis and by eliminating anxiety and fear of hypnosis.

The implication of these considerations is that any hypnotizability increments are artefactual. Reported increments are the result of an artificially low pretest baseline because of anxiety and fear associated with the first hypnotic induction (Gorassini and Spanos, 1986).

In response, social-cognitive skill theorists argue that:

- small gain of hypnotizability in past research is because those studies were not aimed at directly influencing the most important factors of hypnotizability;
- substanţial gain of hypnotizability can be obtained by manipulating important factors of hypnotizability such as: (1) attitudes towards hypnosis; (2) interpretations of suggestions; (3) cognitive skills as becoming absorbed in imagining the "make-believe" situations described in suggestions (Gorassini and Spanos, 1986).

Contemporary assessment of hypnotizability is profoundly influenced by the positions of social-cognitive theorists. Nowadays, hypnotizability is conceptualized as a modifiable interrelated set of social-cognitive skills and attitudes. More than that, Gorassini and Spanos (1986) have elaborated a program for modification of hypnotizability called - The Carleton Skill Training Package.

The Carleton Skill Training Package is used for enhancing hypnotizability of low or moderate hypnotizable subjects. For clinical practice, it is very important, taken into account the possibility of hypnotherapeutic intervention for certain disorders.

The package involves the following stages.

(1) Assessment of hypnotizability by a scale of hypnotic susceptibility.
If the subject's score is only the low to moderate range on the standardized scale of hypnotizability, then we go to stage 2.

(2) Training Carleton package.
The Carleton package has three components:

- *the first component* includes information aimed at producing positive attitudes and motivations towards hypnosis by rectifying misconceptions about it;
- *the second component* stresses the importance of becoming absorbed in imagining the "make-believe" situations described in suggestions; e.g. "you must imagine vividly that the arm is really a hallow balloon that is being pumped full of helium, rising by itself". Involvement in imagery aids subjects to experience their responses to suggestions as being involuntary;
- *the third component* includes (1) information about the way the subject must interpret specific suggestions and his responses coupled with (2) practice at responding actively to such suggestions. This component is very important because the information contained in suggestions is often ambiguous and implies that suggested effects will happen by themselves without the subject's active participation (e.g. "your arm is getting lower and lower", "the world will be gone completely out of your mind"). In fact, highly susceptible subjects respond to suggestions as tacit requests to enact the behaviors called, while interpreting their enactment as involuntary by becoming highly absorbed in fantasy situations that imply involuntariness. In consequence, low susceptible subjects that interpret suggestions literally waiting passively for the suggested effects to "just happen by themselves" are given explicit information concerning the way the suggestions must be interpreted. In case of suggestions that challenge subjects to try to overcome suggested effects (try to bend your arm), they

are not to be interpreted as requests to finish absorbtion in fantasy situations but to be incorporated into the fantasy; subjects are instructed 'when challenged to bend your arm, imagine that a vice holds your elbow so tightly that no amount of effort can break it'.
The information contained in the treatment package is delivered to subjects in two ways: first, directly by the experimenter and then by a videotape model.

(3) Assessment hypnotizability by a parallel form of a first scale of hypnotic susceptibility used in (1).
Statistical analysis of this package made in a lot of rigorous experimental studies (Gfeller, Lynn, and Pribble, 1987; Spanos, 1989) proved this package to be efficient in producing substanțial increments of hypnotizability of low and moderate susceptible subjects. In short, cooperating with package demands is a requirement of high hypnotizability and achievement of high hypnotizability requires that subjects know how to cooperate effectively.

CRITICS TO THE CARLETON SKILL TRAINING PACKAGE

There are four kinds of responsiveness to hypnotic suggestions:
(1) a subject is lead to think that he may carry on a certain experience, movement or action and his so thinking brings about the expected event without further attempting to promote it;
(2) a subject, finding himself uninfluenced by suggestions, decides to use some cognitive strategies (e.g. absorbtion in imagination) for producing the suggested effects;
(3) as in (2), but somehow the subject manages to disguise from himself the fact that this is what he is doing;
(4) if (1), (2), and (3) fail, the subject either gives up responding to suggestions or reverts to pure compliance.

Trăit theorists argue that the Carleton Package stimulates level (2) (or even pure compliance) of responsiveness to suggestions, meanwhile level (1) and (3) are genuine hypnotic responsiveness to suggestion.

At these critics, similarly to other authors (Wagstaff, 1981; Spanos, 1989; Gauld, 1992), we respond as follows:

(a) levels (1), (2) and (3) of responsiveness to suggestions do not exclude each other. The same subject might respond either way on different occasions and even on the same occasion; there is no need whatever to force all instances of responsiveness to suggestions into one mould;
(b) level (1), (2), and (3) of responsiveness to suggestions reflect, in fact, different levels of automatization of the cognitive strategies imphed in responsiveness to suggestions. Therefore, levels (3) and (2) tend o

transform themselves into level (1) by practice and repeating the procedures learned in the Carleton Training Package; (c) ngorous research demonstrated that the Carleton Training Package aianot stimulate compliance, level (4), to suggestions more than tradițional hypnotic induction procedures.

Although the Carleton Package produces substanțial increments in hypnotizability, it has some clear disadvantages:

some subjects remain l_{ow} in hypnotizability despite exposure to such treatment. This happens because: the package is not always successful in changing negative attitudes towards hypnosis and it only stimulates the subjects imagination, but it doesn't try to form or develop it in the case of subjects lacking great imaginative abilities;

- it does not measure hypnotic modification objectively by a formula, so that its impact on quantitative research is not so high as it could be.

in consequence, starting from these disadvantages and taking into account the recent results of research in cognitive psychology and dynamic assessment, we propose a variant of the Carleton Package, called the D.C (David Completion)-Carleton- Package. The D.C.-Carleton Package, based on the operațional readiness theory (chapt. 11), attempts to overcome the cri ies or the Carleton Package. Anyway, future studies will be elaborated for statistical and efficacy analysis of the D.C.-Carleton Package, and for its psychometnc properties.

The D.C-Carleton Skill Training Package

D.C.-Carleton Skill Training Package is based on our operațional readmess theory on hypnosis presented in chapter XI and also on the new developments in cognitive psychology (see chapter II - techniques for olocking the unconscious impact of false Information on our responses).

Ihis package involves the following stages and it takes 1-3 sessions in clinical practice or 2-4 sessions in research

(1) Assessment of hypnotizability by a scale of hypnotic susceptibility.

dimensi & ^ SSHSиCи Hypnotizability is evaluated at three

* u- (£? *e sub Jective s core (reflects the extent to which the subiect had he subjective experiences called by each suggestion). It is called Xs pre-(pretest subjective score);

u u- (b? ttC objective sc ore (reflects the number of suggestions to which he subject produced the appr0pr1ate overt onse)· It ȝcalled Xo (pretest objective score);

(c) the objective involuntariness score (reflects the extent to which each overt response was felt as being involuntary). It is called Xoi pre - (pretest objective score).

If the subject's score is only on the low to moderate range on the standard scale, then we go to stage 2. This stage (1) is only for research, not for clinical practice. It requires one session.

(2)Training by the D.C-Carleton Package (1-3 sessions).

In clinical practice it will be the first stage and has three components **The first component* includes information aimed at producing positive attitudes and motivation towards hypnosis. This is possible by rectifying the next most frequent misconceptions about hypnosis (Udolf, 1987):

- hypnosis is a condition induced in the subject by the hypnotist;
- a hypnotist must be a dynamic, forceful, or charismatic person;
- hypnosis involves a battle of wills with the hypnotist, who needs a stronger will than the subject;
- hypnosis is an unusual, abnormal or artificial condition;
- hypnosis is a form of sleep;
- the subject is under the control of the hypnotist and can be made to do things that he ordinarily would not do or reveal secrets;
- hypnosis may be harmful to the subject;
- hypnosis is a form of treatment or is beneficial by itself;
- a subject develops enhanced physical, mental or extra-sensorial perception powers under hypnosis.

Rectification must be done in an indirect manner avoiding a direct confrontation with the subject (protecting his ego)-see the next examples.

Right example *- indirect manner: "Many people consider hypnosis as a mysterious altered state of consciousness in which the person yields control over his behavior. Hypnosis really is not like this at all. When hypnotized, you remain awake and in fitil control of your behavior and after hypnosis you can remember everything that happened to you while you viere hypnotized. Hypnosis isn't something that **I** do to you"...*

Wrong example *-direct manner: "What do you think about hypnosis? Do you think it is an altered state in which you lose control over your behavior.*

Also techniques for blocking unconscious influence of negative and false information upon subject's behavior are to be used at this point (see chapter 2).

After the rectification of misconceptions, the therapist must produce realistic expectancies (chapter 11) about hypnosis and hypnotic behavior y telling his subject what hypnotic behavior will be required under nyP" ' here the therapist acts as a model in front of the subject. Example.

moment I will suggest to you that your arm is getting lower and lower" (at **the** same time, he moves his arm lower and lower in front of the subject).

In addition, positive attitudes towards hypnosis can be enhanced by offering the patient a myth about hypnosis containing information about the history, theories, practice, research, and spectaculous results of hypnosis etc. Anyway, this myth must be formalized and standardized; future studies must verify and elaborate an adequate and efficient myth that then can be included in the D.C.-Carleton package.

**The second component* is the same as it is in the Carleton Package. Anyway, more than that, we try to improve the subject's imaginative ability by (a) incorporating all his senses: smell, touch, hearing, sights and taste and (b) specific exercises-see the next exercise.

Exercise:

Fold a sheet ofpaper into halves vertically. In the left column, state your goals in a positive way, starting from easy goals to difficult goals.

Easy goals: *- imagine a static simple object (a pen)*
- imagine a complex static object (video-player)

Goals that are more difficult: *- imagine a simple object moving (hali)*
- imagine a complex object moving (helicopter)

Difficult goals: *- imagine a complex situation*
- imagine you are relaxed at work.

In the right column, create a positive image that indicates what you see, hear.feel.

E.g. ***for easy goal: I*** *can see a black long pen. Ifeel its surface.* ***for complex goal: I*** *am sitting at my desk next to the windows. It is a pleasant sunny day. I am calm and at ease. I hear no sounds and Ifeel warm.*

**The third component* is the same as it is in the Carleton Package. Anyway, we do not stimulate so much the subjects' active practice of behaviors but mainly their active interpretation (attributions) of the causes of the behavior so that the compliance not to be encouraged.

(3) Assessment of hypnotizability by a parallel form of a first scale (we prefer SSHC-A or B). We have three indicators: Xs post, Xo post, Xoi post.

(4) Computing objective indicators of the D.C.-Carleton Package.

The first indicator is the hypnotic modifiability coefficient (HMC). It refers to the gain on hypnotizability the subject can have. **HMC=(Xpost-Xpre)/(Xmax-Xpre)**

* Xmax-depends on the hypnotic scale used in pre and post tests.
* HMC can be computed for each score (subjective, objective, objective-involuntariness).

The second indicator is the hypnotizability potențial (HP). It refers to the maximum hypnotizability level the subjects can reach. **HP=Xpost/Xmax**

* Xmax- depends on the hypnotic scale used in pre and post tests.
* HP can be computed for each score (subjective, objective, objective-involuntariness).

These two indicators are a more correct and detailed description of the hypnotizability than Xpre measure, currently used in research on hypnosis. Probably they could put the relationship between hypnotizability and personality traits or other variables in another light. This, in turn, could influence clinical practice where more accurate predictions of hypnotizability could be made starting from the psychological testing of some personality traits; this is very important for treatment decision by hypnosis and for time saving. Assessment of hypnotizability by these indicators could also better clarify the mechanisms of some hypnotic phenomena, stimulating research in this field.

Anyway, although promising at theoretical level, efficacy of the D.C.-Carleton package in practice must be carefully investigated in future studies. This will be one of our priorities in future research and the first results (David, in press) confirm the fact that D.C.-Carleton Package is very effective in hypnotizability enhancement in comparison to other known procedures (e.g. Carleton Package).

SELECTIVE REFERENCES / BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

David, D. (in press). *Carleton D.C. Package; a tool for hypnotizability enhancement.* Ferguson, G. A. (1956). *On transfer and the abilities of man,* Canadian Journal of Psychology, 10, 121 131. Feuerstein, R. (1979). *The dynamic assessment of retarded performersiThe learning potenţial assessment device, theory, Instruments, and techniques,* Baltimore, University Park Press. Feuerstein, R. (1991). *Mediated learning experience,* London, Freund Publishing House. Gauld, A. (1992). *A History ofHypnotism,* Cambridge, University Press. Gorassini, J., & Spanos, N. P. (1986). *A Cognitive Skills Approach to the Successful Modification of Hypnotic Susceptibility,* Journal of Personality and Social Psychology, 50, 1004-1012. Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic Susceptibility,* New-York, Harcourt, Broce & Warld. Hilgard, E. R. (1973). *A Neodissociation Interpretation of Pain Reduction in Hypnosis,* Psychological Review, 80, 396-411. Spanos, N. P. (1971). *Goal Directed Fantasy and the Performance of Hypnotic Test* Suggestions, *Psychiatry, 34, 86-96.* Szamoskozi, S. (1997). *Evaluarea potenţialului intelectual la elevi,* Teză de doctorat. Udolf, R. (1987). *Handbook of Hypnosis for Professionals,* Van Nostrand Reinhold. Wagstaff, G. F. (1981). *Hypnosis, Compliance and Beliefs,* Bringhton, Harwester.

Capitolul 19

CONCLUZII ŞI DISCUŢII GENERALE

- *SZAMOSKOZI Ştefan,* Daniel DAVID-

Here, in chapter 19, entitled "Conclusions and Discussions", we make some comments about dynamic assessment arguing that: (1) dynamic assessment can be seen as a paradigmatic shift in the context of psychological assessment, stimulated by the development of cognitive psychology, and (2) the concept must be extended beyond the classical meaning related to cognitive functions assessment toward traits assessment (e.g. hypnotizability). Key Words: paradigmatic shift, dynamic assessment. Cuvinte Cheie: schimbare de paradigmă, evaluare dinamică.

Psihologia cognitivă a trecut de la o abordare structurală a funcţionării cognitive (vezi de exemplu grupul de cuaternalitate a lui Piaget), la una *procesuală,* concentrându-se pe înaintarea efectivă în rezolvarea problemei şi nu pe produsul procesului rezolutiv.

Pentru o mai bună analiză a funcţionării cognitive, aceasta a fost descompusă în unităţi minimale sau mecanisme primitive. O unitate minimală de prelucrare a informaţiei (un "atom de procesare") se numeşte componentă. Analiza componenţială permite realizarea unor corespondenţe relevante între nivelele cognitiv şi cel neurochimic de funcţionare a sistemului uman. Aşadar, metoda analizei componenţiale (Sternberg, 1977) vizează descompunerea factorilor cognitivi în componente primare de procesare a informaţiei. De exemplu, factorul "raţionament inductiv" poate fi descompus în mai multe componente: 1. capacitatea de codare a stimulilor; 2. capacitatea de a stabili conexiuni, relaţii relevante între termenii unităţilor de informaţie; 3. aptitudinea de aplicare a relaţiilor stabilite în contexte diferite; 4. posibilitatea de a compara rezolvările alternative în termenii similarităţn-disimlarităţii acestora; 5. capacitatea de a combina soluţiile virtuale într-o strategie rezolutivă coerentă; 6. justificarea validităţii unei strategii rezolutive, 7. aplicarea strategiei rezolutive. Aceste componente de procesare a informaţiei pot fi examinate separat, stabilindu-se mult mai precis diferenţe e individuale decât pe baza unui IQ global.

In ce măsură progresele înregistrate în psihologia cognitivă referitoare la procesul rezolutiv, distincţia experţi-novici, asimetria dezvoltării si analiza componenţială se regăsesc în schimbările din domeniul psihodiagnosticului? Cum anume au penetrat noile rezultate instrumentele de evaluare a funcţionării intelectuale?

Răspunsul detaliat la aceste probleme a fost prefigurat în capitolele prezentate anterior. într-o formulare lapidară, remarcăm că impactul psihologiei cognitive asupra testării psihologice s-a manifestat sub trei aspecte:

(1). elaborarea unei noi *baze interpretative* pentru testele clasice;

(2). elaborarea unor *colecţii de itemi* prin operaţionalizarea noilor constructe teoretice;

(3) .extinderea diagnosticului funcţiilor cognitive prin considerarea unor aspecte neglijate de cercetările anterioare (transferul, educabilitatea etc.) şi de asemenea extinderea conceptului de evaluare dinamică la aspecte care în mod programatic nu fac obiectul evaluării dinamice (ex. hipnotizabilitatea).

Impactul psihologiei cognitive asupra evaluării cognitive este însă asimetric. *Evaluarea dinamică* a absorbit mai multă cercetare recentă decât psihometria clasică care a dovedit o anumită opacitate.

Probele dinamice, menţionate în capitolele adiacente, au asimilat atât cercetările asupra procesului revolutiv cât şi dependenţa inteligenţei de învăţare (relevată de distincţia experţi-novici) şi metoda analizei componenfiale. Cum am arătat anterior, psihometria clasică continuă să se centreze mai degrabă pe produsul procesului rezolutiv decât pe desfăşurarea acestuia, a continuat să ignore învăţarea ca principală componentă a dezvoltării cognitive şi a rămas destul de reticentă la analiza componenţială. Dimpotrivă, probele dinamice au fost mult mai senzitive la aceste noi rezultate ale cercetării fundamentale. în funcţie de comportamentul subiectului Ia o probă de diagnostic formativ se pot elabora adevărate hărţi ale funcţionări sale cognitive. Aceste hărţi cognitive permit o intervenţie clinică la nivelul abilităţilor cognitive mult mai eficace.

Capitolul 20

REMARCI GENERALE

- Dan DA VID -

Chapter 20 is entitled "General Remarks". In this chapter, we emphasize again the relationship between fundamental research and clinical intervention, arguing that having effective intervention in clinical practice and human development it supposes rigorous fundamental research.

Key words: general remarks on clinical practice.
Cuvinte cheie: remarci generale asupra practicii clinice.

Aici se încheie prezentarea asupra psihoterapiei şi hipnoterapiei cognitiv-comportamentale precum şi a evaluării dinamice. Abordarea acestora la cele trei nivele: teoretic, metodologic şi pragmatic presupunem că a stimulat într-o oarecare măsură atât interesul cercetătorilor, cât şi al practicienilor. Primii, prin aspectele teoretice prezentate în această lucrare, sperăm că au găsit suficiente idei (cu care pot fi sau nu de acord) care să le stimuleze şi canalizeze preocupările spre cercetarea acestui domeniu. Această cercetare este premisa unor aplicaţii de anvergură. Practicienii sperăm să fi găsit aici descrise metode şi tehnici riguroase şi utile în activitatea lor clinică, metode şi tehnici fundamentate de cercetarea psihologică modernă, mult mai eficiente decât simplele intuiţii de simţ comun.

Prin modul de abordare, lucrarea a urmărit de asemenea şi promovarea unui nou tip de psihoterapeut -"scientist-practitioner"-, tip opus imaginii terapeutului secolului XIX - începutul secolului XX. Terapeutul de modă veche, caracterizat ca o caricatură empatic-pasivă a cărui practică era profund marcată de psihologia de simţ comun şi propria experienţă de viaţă, neinteresat de o cercetare văzută ca "sterilă". "Scientist-practitioner-ul" este terapeutul profesionist, activ dinamic şi inteligent a cărui activitate practică este profund ancorată în cercetarea fundamentală. Experienţa practică şi cunoştinţele teoretice sunt îmbinate eficient în scopuf ameliorării activităţii sale profesionale.